11

DIE

GEISTESSTÖRUNGEN

DER

SCHWANGEREN, WÖCHNERINNEN UND SÄUGENDEN.

MONOGRAPHISCH BEARBEITET

VON

Dr. Med. RIPPING,

DIRECTOR DER RHEIN. PROV.-IRREN-HEILANSTALT SIEGBURG.



STUTTGART.

VERLAG VON FERDINAND ENKE.

1877.

Druck von Gebrüder Kröner in Stuttgart.

VORWORT.

Wenn ich in Folgendem, gestützt auf eine ziemlich grosse Zahl von Fällen, meine Beobachtungen über die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden kurz zusammenstelle, so geschieht das nicht in dem Glauben, viel Neues und Besonderes bieten zu können, sondern nur in der Absicht, möglichst für die Praxis verwerthbare Gesichtspunkte für die Auffassung, Beurtheilung und Behandlung dieser Geistesstörungen zu gewinnen. Nur von diesem Gesichtspunkte aus bitte ich die folgenden Zeilen beurtheilen zu wollen.

Zur näheren Orientirung erlaube ich mir hier noch vorauszuschicken, dass ich der Conformität wegen der althergebrachten Auffassungsweise gefolgt bin und die in den ersten sechs Wochen nach der Entbindung aufgetretenen Psychosen zu denen des Wochenbettes, alle später aufgetretenen aber zu denen der Säugungsperiode gerechnet habe.

Siegburg im November 1876.

Der Verfasser.

INHALT.

Einleitung.

Erster Abschnitt.

Die Puerperal-Psychosen im weitesten Sinne.

Zweiter Abschnitt.

Die Puerperal-Psychosen nach ihren einzelnen Phasen geschieden.

A. Die Psychosen der Schwangerschaft.

B. Die Psychosen des Wochenbettes.

a. Nach der Geburt eines ausgetragenen Kindes.

C. Die Psychosen der Säugungs-Periode.

Anhang.

Einleitung.

Literatur und Geschichtliches.

Literatur.

§ 1.

1. **Vehr**, *Dissert. de melancholia ex utero in puerpera observata et curata.* Fr. 1705.
2. **Berger**, *Dissert. de puerperarum mania et melancholia.* Götting. 1745.
3. **Puzos**, über die durch Milchmetastasen erzeugte psychische Krankheit: im Anhange zu seinem *Traité des accouchements*, von Morisot Deslandes. Paris 1759.
4. **Abrahamson**, von der Melancholie und Manie der Sechswöchnerinnen. Frankfurt. Med. Wochenbl. 1784. pag. 685.
5. **Buscher**, *Dissert. de mania et melancholia puerperarum.* Erfurt 1794.
6. **Brückmann**, über *mania puerperalis*, Archiv für medic. Erfahrungen. 1811. Jan., Febr. p. 3.
7. **Burn's** Erfahrungen über die Manie der Wöchnerinnen in seinen *principles of midwifery.* London. 1811. cap 9.
8. **Reinfelder**, Inaugural-Abhandlung über den Wahnsinn bei Kindbetterinnen. Würzburg 1817.

9. **Gooch**, über den Wahnsinn der Wöchnerinnen und Kindbetterinnen. *Medical Transactions.* London 1820.
10. **Sedillots**, *Rec. period.* T. 62. p. 137. 145. 148. Ueber die psychischen Krankheiten als Folgen des Kindbettes während und nach dem Stillen.
11. **Esquirol**, über die Geisteszerrüttungen nach Entbindungen, während des Säugens und nach demselben; *Journal général de médecine.* Vol. 61, p. 148. 337.
12. **Jackert**, *Dissert. de mania puerperali.* Berolin. 1821.
13. **Osterloo**, *Dissert. de mania puerperali.* Gröningen 1822.
14. **Schneider**, über *mania lactea* der Wöchnerinnen; in Nasse's Zeitschrift für Anthropologie 1823, Heft 1. pag. 163. 174.
15. **Stegmann**, Wahnsinn im Wochenbette; Archiv für medicinische Erfahrungen 1825. Novbr. und Decbr. pag. 508.
16. **Berndt**, Bemerkungen über die Natur und Behandlung der *Mania puerperalis etc.* in Hufeland's Journal 1828. Novbr. pag. 3.
17. **Blake**, über Ursachen und Behandlung der *mania puerperalis* in: *the London medical and surgical Journal by Ryan.* März 1830.
18. **Pfeufer**, über die *mania puerperalis, mania e potu etc.* in: Hohnbaum und Jahn's medicin. Conversationsblatte vom 12. Febr. 1831.
19. **Leubuscher**, in den Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe. Berlin 1846. pag. 94.
20. **Macdonald** James, über Puerperal-Wahnsinn im *American Journal of insanity.* Vol. IV. Juli 1847.
21. **Tonkens**, *de mania puerperali. Dissert. Gron.* 1847.
22. **Ideler**, über die *Vesania puerperalis*, in den Annalen der Berliner Charité. II. 1.

— über den Wahnsinn der Schwangeren, in den Annalen der Berliner Charité. VII. 1. p. 28.

23. **Reid**, über Ursachen, Symptome und Behandlung des Puerperal-Irrsinns in: *the Journal of psychological Medicine and mental Pathologie, by Forbes Winslow.* Vol. I. Nr. 1. Januar 1848.

24. **Webster** John. Ueber Puerperal-Manie. Vortrag, gehalten in der Westminster Medical-Society am 25. Novbr. 1848.

25. **Churchill** Fleetwood: *On the mental disorders of pregnancy and childbed in The Dublin quaterly Journal of medical science.* Vol. IX. 1850. Art. III. pag. 38. u. ff.

26. **Mackenzie**, über die Pathologie und Therapie der *Mania puerperalis in the London Journal.* June 1851.

27. **Weill**, *Consider. sur la folie puérpérale. Dissert.* Strassb. 1851.

28. **Schwegel**, Beitrag zu den Psychopathien im Verhältniss zum weiblichen Geschlechtsleben; im Wiener Wochenblatt Nr. 52. 1855.

29. **Waters**, über die Behandlung des puerperalen Wahnsinns mit Chloroform. Psychological. Journ Jan. 1857. pag. 123.

30. **Marcé**, *Traité de la folie des femmes enceintes etc.* Paris 1858.

31. **Gundry**, Beobachtungen über puerperales Irresein; im *American Journal of insanity.* Jan. 1860.

32. **Main**, Puerperal-Convulsionen und Puerperal-Manie; im *Edinburgh medical Journal* VIII. p. 139.

33. **Tuke**, Statistisches über die Puerperal-Manie im *Royal Edinburgh Asyl.* Edinb. Journal X. pag. 1013. 1865.

34. **Ribes**, *de la perversion morale chez les femmes enceintes.* Strassburg 1866.

35. **Boyd**, Robert. *Observations on puerperal Insanity; in the Journal of mental science.* Vol. XVI. pag. 153. 1870.

36. **Thompson**, Dickson J. *A contribution to the Study of the so-called Puerperal Insanity; in the Journal of mental science.* Vol. XVI. pag. 379. und ff. 1870.

37. **Leidesdorf**, über die in der Schwangerschaft und im Puerperium auftretenden Psychosen; in der Wiener medic. Wochenschr. 1872. Nr. 25 und 26.

38. **Pedler**, *Puerperal Mania; in the West Riding Lunatic Asylum medical Reports.* 1872. II. Bd.

39. **Luebben**, C. H. Inaugural-Dissertation: Zur Statistik der Puerperal-Psychosen. Halle 1872.

40. **Arndt**, R. Ueber Puerperal-Psychosen; in den Beiträgen zur Geburtshülfe und Gynäkologie, herausgegeben von der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin. Band III. Heft 2. pag. 183 u. ff.

41. **Bottentuit**, die Manie der Neu-Entbundenen, aus der Klinik der DDr. Boucherau und Magnan; in L'Union 34. pag. 442. Mars 1874.

42. **Holm**, R. A. Ueber Puerperal-Wahnsinn; in Hospitals-tidende 2 R. I. 15. 16. 17. 18. 1874.

43. **Fürstner**, C. Ueber Schwangerschafts- und Puerperal-Psychosen; im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. V. pag. 505.

Geschichtliches.

§ 2. Wie vorstehende Zusammenstellung der Literatur, welche übrigens durchaus keinen Anspruch auf Vollständigkeit macht, zeigt, ist der vorliegende Gegenstand schon vielfach beleuchtet worden. Dennoch ist selbst über die elementarsten Fragen, wie die der Häufigkeit dieser Psychosen im Verhältniss zu den Psychosen der Frauen im Allgemeinen, die der Eigenartigkeit dieser Geistesstörungen u. s. w. noch durchaus nicht eine Uebereinstimmung der

Ansichten gewonnen. Schon die Vielfältigkeit der Bezeichnung giebt ein annäherndes Bild von der Vielfältigkeit der Auffassungsweisen. Am objectivsten sind in Bezug auf die Benennung noch die ersten Arbeiten, welche nur von den Psychosen der Puerperarum handeln, obwohl sie darunter auch die Psychosen der Lactations-Periode mitbehandeln; immerhin unterscheiden sie aber doch die **Form** der Psychosen und sprechen von der *Mania et Melancholia puerperarum.* Späterhin tritt immer häufiger die Bezeichnung *Mania puerperalis* auf und es werden darunter nicht blos die Fälle von *Mania,* sondern auch die übrigen Irreseins-Formen, die *Melancholia etc.* ebenfalls mitbegriffen; und noch später werden unter der Bezeichnung *Mania puerperalis* auch die Irreseins-Formen der Schwangeren mit zusammengefasst. Namentlich der letztere Umstand macht es fast unmöglich, aus den statistischen Angaben der früheren Bearbeitungen auch nur annähernd sichere Vergleiche zu ziehen.

Obwohl ich bei der Unvollständigkeit der mir zu Gebote stehenden literarischen Hülfsmittel nicht im Stande bin, eine eigentliche Geschichte der Puerperal-Psychosen zu schreiben, so möchte ich doch durch apocryphe Citate aus der Literatur die verschiedenen hauptsächlichen Auffassungs- und Anschauungsweisen, wie sie der jeweilige Stand der medicinischen Wissenschaft so mit sich brachte, hier etwas näher markiren.

Hippocrates (Aph. 40. Sect. V. Chart. T. IX.)*):

Wenn sich bei Weibern die Milch in den Brüsten sammelt, so ist dieses bei ihnen eine Anzeige von der **Manie,** weil zu dieser Zeit nicht nur die Brüste, sondern auch die Gefässe des Gehirns durch das plötzliche Einschiessen der Milch und deren Congestionen in die Höhe ausgedehnt werden.

---

*) Cf. Schneider am angef. Orte.

(Coac. Praenot. Nr. 525. Chartr. T. VIII.):
Wenn nach der Geburt die Lochien weiss zum Vorschein kommen und nachher zurückbleiben, so stellt sich nebst einem Fieber eine **Tobsucht** und ein stechender Schmerz in den Seiten ein, und solche Frauen leiden im Gemüth und stehen in Gefahr.

Boerhave: Wenn nach zusammengezogenen Gefässen in der Gebärmutter die wässerige milchige Nahrung in die Brüste getrieben wird, so entsteht ein Fieber, wodurch die Reinigung oft ganz stockt, woher unzählige und sehr bösartige Zufälle erfolgen, je nachdem dieselbe in dieses oder jenes Eingeweide getrieben wird, daher **Tobfieber** etc. erzeugt werden.

Sauvages in seiner *Nosologia systemat.:*
Mania lactea est species maniae, quae circa decimum a partu diem cum delirio febrili mulierem aggreditur, dein sensim evanescente febre perseverat, atque jure tribuenda venit lactis retentioni ejusque stasi in cerebro. Rarus est hic morbus et ut plurimum insanabilis etc.

Puzos: Das Austreten der Milch geschieht entweder in der Schwangerschaft oder nach der Entbindung. Ist das letztere der Fall, so geschieht es gemeiniglich den zehnten oder zwölften Tag, zuweilen auch später während oder nach dem Abgange der gewöhnlichen Reinigung, welche in ihrem Laufe aufgehalten oder gänzlich gehemmt werden kann etc. Es giebt eine Gattung von Milchgeschwülsten, welche im Gehirne entsteht und daselbst **Wahnwitz** erzeugt. Zum Glück sind aber die Milchgeschwülste im Gehirne nicht so gemein als die übrigen.

Cullen in seinen Anfangsgründen der praktischen Arzneikunst unterscheidet einen **hysterischen** und einen in Folge von **Milchversetzung** entstehenden Wahnsinn der Wöchnerinnen.

Bosquillon in den Zusätzen zu Cullen's Werke:

Zu dem, was von der Paraphrasyne puerperarum gesagt worden ist, ist noch hinzuzufügen, dass es ausser dem hysterischen und dem von einer Milchversetzung entstehenden Wahnsinne auch noch eine dritte sehr gewöhnliche Art giebt, wo eine wahre Melancholie, die oft in eine Tobsucht ausartet, oder auch ein wirklicher gleich von Anfang an mit tobsüchtigen Anfällen sich zeigender Wahnsinn nach Gemüthsbewegungen oder anderen Fehlern, zuweilen aber auch ohne in die Augen fallende Ursache bei Wöchnerinnen entsteht, ohne dass die Absonderung der Milch dabei leidet. Die Tobsucht, bei welcher gleich die Milch zurücktritt, ist mehr hitziger Art und ist mit Fieber verknüpft; bei der Art aber, von der ich hier rede, ist wenig oder kein Fieber vorhanden. Sie kommt unter allen Arten des Wahnsinns bei Wöchnerinnen am häufigsten vor, wird aber zum Glück oft geheilt: doch pflegt sie auch leicht in den nachfolgenden Wochenbetten wieder zu kommen.

Pinel Scipion: Nichts ist gewöhnlicher als ein Irresein nach der Entbindung. Sollen wir nun hier sagen, die psychische Störung rühre von der nach dem Kopfe gegangenen Milch her . . . .? Drängt uns nicht vielmehr das Studium der Anatomie und Physiologie zu der Annahme, dass der erste Grund jener nach der Niederkunft eintretenden psychischen Störungen in den krankhaften Veränderungen der durch die Niederkunft heftig angegriffenen Organe liege? Kann die Gebärmutter, ihre innere Haut, die innere Haut der Scheide, das Bauchfell sich nicht entzünden und jene Störungen veranlassen etc.?

Schneider: Sowohl Wahnsinn als Tobsucht und Narrheit kann die Wöchnerin so gut und so leicht befallen, als sie von Schlagfluss, Convulsionen und Epilepsie heimgesucht

werden kann. Der Grund hiervon liegt vorzüglich in der bei Wöchnerinnen so ausgezeichnet ausgebildeten Prädisposition zu Krankheiten des höheren Nervensystems. Der nächste Grund dieser pathologisch gesteigerten Sensibilität bei Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen liegt unstreitig in der erhöhten Vitalität des Genitalsystems und seiner specifischen Einwirkung auf das allgemeine Sensorium. Diese Prädisposition zu Krankheiten des höheren Nervensystems hört aber mit der Entbindung nicht auf, sondern sie wird sogar durch diesen neuen Akt bedeutend gesteigert; denn der Consensus der Genitalien mit dem Gehirne ist zu gross und für den gesammten animalischen Organismus zu wichtig, als dass nicht die geringste pathologische Affection des einen auch einen dieser entsprechenden Affect in dem anderen Theile zur Folge haben sollte.

Burns: Die in diesem Capitel — Puerperal-Manie und Phrenitis — bezeichneten Krankheiten können folgendermassen unterschieden werden:

1. das Uebel, welches die ausgezeichnetste Form der Puerperalmanie ist. Die Geistesverirrung ist das hervorstechendste Symptom und das körperliche Leiden ist dem Grade nach secundär;
2. der Geist leidet viel weniger als der Körper. Es findet wenigstens Blutandrang nach dem Kopfe statt;
3. der Hauptsitz der Krankheit ist im Rückenmark oder in dessen Gefässen;
4. das Gehirn oder seine Häute sind hervorstechend entzündet;
5. der Seelenzustand steht mit einem Leiden des Uterus, besonders mit einer Entzündung der Venen, in Verbindung.

Gooch: Einige Frauen fallen nach der Entbindung in einen Zustand psychischer Störung, den man den Wahnsinn,

die Manie, das Irresein der Wöchnerinnen nennt. Das Uebel fängt gewöhnlich einige Tage oder einige Wochen nach der Entbindung an; bisweilen beginnt es erst einige Monate nach der Entbindung oder zur Zeit der Entwöhnung. Die Krankheit kündigt sich durch Symptome an, welche keine besonderen Besorgnisse erregen, da dieselben oft ohne einen solchen Ausgang wahrgenommen werden. Der Puls ist schnell, ohne dass man eine Ursache dafür finden kann; die Nächte werden schlaflos hingebracht, die Gemüthsstimmung der Kranken ist gereizt; jedoch bemerkt man bald eine unbeschreibliche Hastigkeit und ein sonderbares Benehmen; in dem Betragen und der Sprache der Kranken ist etwas Wildes und Unzusammenhängendes, und am Ende bildet sich eine förmliche **Manie** aus. Zeigt sich die Krankheit unter der Form der **Melancholie,** so fängt sie gewöhnlich erst einige Monate nach der Entbindung an und bildet sich langsamer aus.

Was die Ursachen dieser Krankheit anlangt, so liegt die vorzüglichste in dem **eigenthümlichen Zustande, worin sich die Geschlechtstheile nach der Entbindung befinden.**

Macdonald unterscheidet eine **acute** und eine **chronische** Form. Die erstere tritt häufiger während des Wochenbettes ein, ist mit Fieber verbunden und wird oft mit Phrenitis verwechselt. Die chronische tritt langsamer auf, die Kranken leiden dabei an Monomanie oder Dementia. Er gesteht der Secretion der Milch und der Lochien keinen Einfluss auf Entstehung des Irreseins zu. Die pathologische Natur des Puerperal-Irreseins ist nach ihm während der **Schwangerschaft** vorwaltend **Congestion**; während des **Puerperiums** findet er selbst in der acuten Form Nichts von Entzündung, sondern nur **nervöse Irritation**, wiewohl oft genug reine Entzündungen fälschlich mit Puerperalwahnsinn zusammengeworfen wurden.

Reid unterscheidet das Irresein:

1) während der **Schwangerschaft.** — Die Picae der Schwangeren können bis zum Irresein, zu plötzlichen Impulsen etc. gesteigert werden. Dasselbe hört meistens mit der Niederkunft auf;
2) **nach der Geburt.** — Bei diesem unterscheidet er zunächst zwei Formen von **Delirium**; das eine ist vorübergehend, das Resultat heftigen Schmerzes und grosser Aufregung oder des Milchfiebers am vierten oder fünften Tage. Das andere kommt häufig vor bei der Febris puerperalis und ist vom Typhus-Delirium durchaus nicht verschieden. In beiden Krankheiten scheint eine Metastase die Ursache zu sein. Das **Puerperal-Irresein** im engeren Sinne entsteht selten vor dem dritten oder nach dem 14ten Tage und ist heftige **Tobsucht** oder tiefe **Melancholie,** oft mit fixen Ideen religiösen Inhalts mit Neigung zum Selbstmord oder zur Tödtung des Kindes. Von beiden verschieden ist die **Phrenitis,** sie ist ein fieberhafter entzündlicher Hirnprocess, dem die psychische Alteration erst später folgt. Puerperal-Melancholie verläuft langsamer als Puerperal-Manie;
3) während der **Lactation**; es ist die Folge übermässiger oder zu lange fortgesetzter Lactation.

Webster betrachtet als das eigenthümliche Wesen der Krankheit **Hirnreizung** in Verbindung mit grosser Erschöpfung des Nervensystems im Allgemeinen; höchst selten, vielleicht nie, habe sie einen entzündlichen Charakter.

Ideler spricht der Schwangerschaft den Werth eines causalen Momentes für die Entstehung von Geistesstörungen ab. Er hält die veränderte Gemüthsstimmung der Schwangeren, selbst die bis zu grosser Todesfurcht sich steigernde, für eine physiologische und normale und sagt: Wenn die

Schwangerschaft (im Gegensatze zum Wochenbette) eine fast relative Immunität gegen den Wahnsinn gewährt, so erhellt hieraus wohl, dass die hohe Steigerung der Uterin-Thätigkeit in gar keinem ätiologischen Verhältnisse zu ihm steht, weil ausserdem die zahllosen Störungen der letzteren weit häufiger die Seele in ihren Kreis hineinziehen müssten. Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett sind Entwickelungsepochen wie das Zahnen, die Pubertät. In ihnen geht eine vollständige psychische Metamorphose vor sich, in Folge deren eine ganz neue Ordnung von Vorstellungen und Neigungen erzeugt wird; dieser Vorgang ist ein selbständiger und nicht als ein Reflex der veränderten plastischen Processe im Uterus etc. anzusehen. Die Niederkunft wirkt wie eine Gemüthserschütterung. Die Hauptursache des Eintritts der Mania puerperalis sind die zu der Niederkunft noch ausserdem hinzutretenden Gemüthsalterationen, wie Kummer, Aerger, Schreck etc. Sie bewirken erst die somatischen Veränderungen wie Cessiren der Milchsecretion, der Lochien. Diese somatischen Veränderungen bilden also erst das zweite geringfügigere Glied in der Kette der ursächlichen Momente.

Mackenzie sucht den Grund der Puerperal-Manie in der **Anämie**. Anämie ist ein unter dem weiblichen Geschlechte sehr verbreiteter Zustand, der auf andere Krankheitszustände von grossem Einfluss ist. Schon im normalen Zustande ist das Blut der Frauen ärmer an nährenden und belebenden Bestandtheilen als das der Männer; hieraus ist die grössere Reizbarkeit des Nervensystems beim weiblichen Geschlechte erklärbar. Durch die Lebensweise der Mädchen und Frauen, besonders der höheren Stände, wird die Blutarmuth und dadurch auch die Irritabilität des Nervensystems vermehrt. Tritt in einem solchen Falle Schwangerschaft ein, so steigert sich die Blutarmuth mit ihren Folgen und die Neigung zu

anderweitigen Erkrankungen nimmt zu. Vorzüglich sind es das Gehirn und das ganze Nervensystem, die an Irritabilität gewinnen. Betrachtet man die Symptome, den Verlauf und die Ausgänge der Puerperal-Manie, sowie die Sectionsergebnisse, so wird man Nichts finden, was der Annahme, dass der Krankheit ein anämischer Zustand zu Grunde liege, entgegensteht.

Marcé. Nach ihm haben die während der Schwangerschaft, des Puerperium und der Lactation auftretenden Seelenstörungen in ihrer Erscheinungsweise und pathologischen Bedeutung an sich nichts Eigenthümliches, was ihre systematische Absonderung als besondere Klasse der Psychosen rechtfertigen könnte, der gesteigerte Reizzustand der Genitalorgane und die daraus entspringenden sympathischen Störungen, namentlich des psychischen Organs, begründen die gemeinsame pathogenetische Bedeutung jener Zustände. Er unterscheidet:

A. Psychische Störungen **während der Schwangerschaft** und zwar

1) Zustände moralischer Exaltation oder Depression mit anomaler Gefühlsthätigkeit und selbst mit partiellen Intelligenzstörungen, welche im Anfange der Schwangerschaft entstehen und immer mit oder noch vor dem Ende derselben verschwinden;
2) **ausgebildete Irreseinsformen**, welche ihren gewöhnlichen Verlauf nehmen, ohne durch die gleichzeitige Schwangerschaft einen besonderen Typus zu erhalten, und welche nur in Ausnahmefällen mit der Geburt in Genesung endigen.

B. Den **transitorischen Wahnsinn der Kreissenden** — ein rein sympathisches Phänomen, durch die Heftigkeit und verlängerte Dauer der Wehen hervorgerufen. Sein Ausbruch coincidirt meist mit dem Austritt des Kindes oder der Nach-

geburt durch den Muttermund; seine Dauer beschränkt sich meist auf wenige Stunden, seltener auf einige Tage.

C. Das **Irresein der Neuentbundenen und der Säugenden.** Als Ursache desselben legt er der Unterdrückung der Milch- und Lochien-Secretion keinen Werth bei. Er findet vielmehr die Ursache in dem Complex eigenthümlicher physiologischer Zustände und Vorgänge, unter deren Einflusse die Neuentbundenen überhaupt stehen, und welche im Zusammenwirken mit mannigfachen sonstigen begünstigenden Momenten wie Erblichkeit, Anämie, Alter etc. aufgefasst werden müssen. Es kommen bei ihnen alle Formen der Geistesstörung vor.

Arndt verlangt für die Entstehung der Puerperal-Psychosen das Vorhandensein einer psychopathischen Diathese; ohne diese würde durch die puerperalen Processe allein keine Geistesstörung entstehen. Die puerperalen Processe haben nur die Wirkung, dass sie die bereits vorhandene psychopathische Diathese erhöhen und das Auslösen der Geistesstörung durch occasionelle Momente erleichtern.

Erster Abschnitt.

Die Puerperal-Psychosen im weitesten Sinne, d. h. die in der Schwangerschaft, dem Wochenbette und der Säugungsperiode entstandenen Geistesstörungen zusammengenommen.

I. Die Häufigkeit.

§ 3. Unter den in den letzten vier Jahren (1872 bis 1875) in der Irren-Heilanstalt Siegburg aufgenommenen **780** weiblichen Geisteskranken war die Geistesstörung in den genannten Perioden entstanden bei **168**, also bei 21,6 Procent. Vergleichen wir dieses Verhältniss mit den von früheren Beobachtern gefundenen, so werden uns ganz ausserordentliche Differenzen begegnen. Es fanden sich nämlich nach:

Rush	unter	70	aufgenomm.	Frauen	5 = 7	Procent.
Pedler	»	889	»	»	70 = 7,8	»
Glasgow Asylum	»	316	»	»	25 = 7,9	»
Leidesdorf	»	200	»	»	20 = 10	»
Zeller	»	97	»	»	11 = 11,3	»
Holm	»	1063	»	»	143 = 13,45	»
Luebben	»	1184	»	»	181 = 15,3	»
Charité	»	508	»	»	86 = 16,8	»
Siegburg	»	780	»	»	168 = 21,6	»

mithin unter 5107 aufgenomm. Frauen 709 = 13,8 Procent.

Gundry verzeichnet 9 Procent und Schwegel 20 Procent. Es sind also Differenzen zwischen 7 Procent und 21,6 Procent; der Durchschnitt beträgt 13,5 Procent.

§ 4. Da, wie oben bemerkt, die früheren Beobachter nicht gleichmässig die Psychosen aller Perioden in ihren statistischen Angaben berücksichtigt haben, so wird es, um eine richtige Anschauung zu gewinnen, nothwendig sein, die Beobachtungsresultate der Einzelnen je nach ihrem jedesmaligen Verhältniss zu combiniren.

Unter unseren 168 Siegburger Fällen sind nun entstanden:

1) in der Schwangerschaft 32,
2) im Wochenbett
   a) nach der Geburt eines ausgetragenen Kindes 82,
   b) nach einem Abortus 7,
3) in der Säugungsperiode . . . . 47.

Die Häufigkeit der Puerperal-Psychosen im Verhältniss zu der Summe der aufgenommenen Frauen nach ihren einzelnen Phasen geschieden, ist folgende:

1) die der **Schwangerschafts-Psychosen:**

Leidesdorf	unter	200	aufgenommenen Frauen	6	=	3 Procent.
Holm	»	1063	» »	26	=	2,4 »
Siegburg	»	780	» »	32	=	4,1 »
	unter	2043	aufgenommenen Frauen	64	=	3,1 Proc.

2) die des **Wochenbettes und der Säugungsperiode zusammengenommenen:**

Haslam	unter	1644	aufgenommenen Frauen	84	=	5 Procent.
Parchappe	»	596	» »	33	=	5,5 »
Macdonald	»	691	» »	44	=	6,3 »
Leidesdorf	»	200	» »	14	=	7 »
Esquirol	»	1119	» »	92	=	8,2 »
Holm	»	1063	» »	119	=	11 »
Hanwell	»	703	» »	79	=	11,2 »
Webster	»	1091	» »	131	=	12 »
Reid	»	899	» »	111	=	12,3 »
Siegburg	»	780	» »	136	=	17,4 »
	unter	8786	aufgenommenen Frauen	853	=	9,8 Proc.

Boyd giebt 4,6 Procent an und Waters 10 Procent. Es schwankt also auch dieses Verhältniss zwischen 4,6 und 17,4 Procent; das Durchschnittsverhältniss ist 9,8 Procent.

3) die des **Wochenbettes allein:**

Hildesheim	unter 284	aufgenommenen	Frauen	10 =	3,5 Procent.
Esquirol	» 1119	»	»	54 =	4,8 »
Holm	» 1063	»	»	58 =	5,4 »
Siegburg	» 780	»	»	89 =	11,4 »
	unter 3246	aufgenommenen	Frauen	211 =	6,8 Procent.

Das Verhältniss schwankt mithin zwischen 3,5 und 11,4 Procent; Durchschnittsverhältniss 6,8 Procent.

4) die der **Säugungsperiode allein:**

Esquirol	unter 1119	aufgenommenen	Frauen	38 =	3,4 Procent.
Holm	» 1063	»	»	61 =	5,7 »
Siegburg	» 780	»	»	47 =	6 »
	unter 2962	aufgenommenen	Frauen	146 =	4,9 Procent.

Das Verhältniss schwankt zwischen 3,4 und 6 Procent; Durchschnittsverhältniss 4,9 Procent.

Leider hat eine grosse Zahl der Beobachter die absoluten Zahlen der Frauen, unter denen sich die angegebene Zahl der Puerperalen befand, nicht angegeben, so dass ihre Zahlenangaben für die Klarstellung dieses Häufigkeitsverhältnisses eigentlich werthlos bleiben. Es lassen sich deshalb ihre Zahlenangaben nur benutzen, um das Häufigkeitsverhältniss der Psychosen der einzelnen Perioden unter einander und gegenüber der Zahl der Puerperalen im Allgemeinen festzustellen. Dieses Verhältniss ist nun folgendes:

		Puerp. im Allg.	Gravid.	Puerp.	Lactant. =	Proc. Grav.	Proc. Puerp.	Proc. Lact.
Palmer	unter	19	1	6	12 =	5,2	31,5	63,3
Hanwell	»	43	4	26	13 =	9,3	60	30,2
Macdonald	»	66	4	44	18 =	6	66,6	27,2
Marcé	»	79	18	41	20 =	22,8	52	25,2
Gundry	»	56	7	29	20 =	12,5	51,8	35,7
Tuke	»	155	28	73	54 =	18	47,2	34,8
Fürstner	»	34	5	21	8 =	14,7	61,7	23,6
Holm	»	145	26	58	61 =	17,9	40	42,1
Siegburg	»	168	32	89	47 =	19	53	28
	»	765	125	387	253 =	16,4	50,6	33.

§ 5. Ein Rückblick auf vorstehende Zahlenreihen zwingt uns die Frage auf: Wie kommt es, dass so grosse Differenzen haben entstehen können und dass speciell Siegburg so bedeutend höhere Procentverhältnisse als andere Anstalten giebt? Fast für alle Perioden giebt Siegburg, das bisher die einzige öffentliche Irren-Heilanstalt für die ganze Rheinprovinz war, dreifach höhere Procentverhältnisse wie eine grosse Zahl anderer Anstalten. Erkranken wirklich in der Rheinprovinz soviel mehr Schwangere, Wöchnerinnen und Säugende an Geistesstörungen oder sind andere Verhältnisse die Ursache dieser Verschiedenheiten? Es scheint mir, dass eine Anzahl verschiedener Umstände zusammenwirkt. Zunächst liegen die Zeiten, aus denen die statistischen Angaben stammen, sehr weit von einander, selbst 50 und mehr Jahre. Es wurden früher sehr viel weniger Kranke, namentlich aber weniger kranke Frauen in die Anstalten gebracht. Dies beweist der verhältnissmässig viel höhere Bestand an männlichen Kranken in fast allen deutschen Irrenanstalten, eine Verschiedenheit, die erst in den letzten Decennien allmälig sich auszugleichen begonnen hat und in sehr frequentirten Anstalten bereits in das gerade Gegentheil umgeschlagen ist, so dass z. B. in Siegburg alljährlich mehr Frauen als Männer aufgenommen werden. Man behielt früher namentlich die im Wochenbett etc. erkrankten Frauen mehr zurück in der Familie und behandelte sie dort, während jetzt, wo die Vorurtheile gegen die Irrenanstalten mehr geschwunden sind und humanere Anschauungsweisen allgemein sich Geltung verschafft haben, gerade diese Gattung von Geisteskranken verhältnissmässig rasch und zahlreich in die Anstalten gebracht wird. Ein fernerer Grund ist gewiss in dem Umstande zu suchen, dass die Art der statistischen Erhebungen eine immer sorgfältigere wird. Wie im Allgemeinen jede spätere statistische Erhebung aus dem einfachen Grunde schon höhere

Zahlen giebt, weil bei der späteren Zählung die Fehler der vorhergehenden möglichst vermieden werden, so ist dies auch bei unseren speciellen statistischen Zusammenstellungen der Fall. Seitdem die Psychiatrie mehr und mehr Gemeingut auch der praktischen Aerzte wird, werden deren anamnestischen Angaben auch immer bestimmter, correcter und ausführlicher; und so kommt es, dass auch die puerperalen Phasen häufiger als ätiologisches Moment genannt werden. So erklärt es sich, dass, je näher die statistischen Angaben über die Puerperal-Psychosen unseren Tagen liegen, die Procentsätze höher, und je entfernter sie davon liegen, die Procentsätze niedriger werden.

Trotzdem bleibt doch immer noch eine Differenz zwischen den Procentsätzen Siegburg's gegenüber denen anderer Anstalten aus den letzten Jahren. Mit den von Holm angegebenen Verhältnissen werden sich die Siegburger wohl nicht vergleichen lassen, weil erstere einerseits die Resultate eines zwanzigjährigen Zeitraumes sind, andererseits aber auch auf einem ganz verschiedenen Boden gewachsen sind; wohl aber drängt sich ein Vergleich mit den in der Berliner Charité gefundenen auf. Man sollte annehmen, dass die Charité, in welche ja die Fälle möglichst frisch und für die niedere Klasse der Bevölkerung möglichst vollzählig gelangen, die höchsten Procentsätze bieten müsste, und dennoch stehen dieselben gegenüber den Siegburger Verhältnissen noch bedeutend zurück. Es sind eben 16,8 Procent gegenüber 21,6 Procent in Siegburg. Der Grund hiervon scheint mir in der oft sehr mangelhaften körperlichen Entwickelung eines grossen Theiles der weiblichen Bevölkerung der Rheinprovinz zu liegen. Sowie in den rheinischen Fabrik- und Bergwerks-Districten nach Ausweis der militärischen Aushebungen die körperliche Entwickelung der männlichen Bevölkerung eine immer mangelhaftere wird, so ist dies auch mit der weiblichen Bevölkerung der Fall. Die Frauen

aus jenen Districten sind oft so sehr in der körperlichen Entwickelung zurückgeblieben, dass sie selbst nach der zweiten und dritten Entbindung einen fast noch kindlichen Habitus darbieten. Selbstverständlich ist damit ihre Widerstandsfähigkeit gegen die Ansprüche, welche die Schwangerschaft, das Wochenbett und das Säugungsgeschäft an ihren Körper stellt, gar sehr herabgesetzt und damit der Boden für die Entstehung von Psychosen arg gelockert. Betrachten wir nämlich die Aufnahmeverhältnisse der einzelnen rheinischen Regierungsbezirke, so sind von den 168 Puerperalen aus dem Regierungsbezirke

Düsseldorf	88	=	53	Procent
Cöln	36	=	21,4	»
Aachen	18	=	10,7	»
Trier	15	=	8	»
Coblenz	11	=	6,5	»

Dieses Prävaliren des Regierungsbezirks Düsseldorf, der vor Allem die Fabrik- und Bergwerks-Districte enthält, ist nicht blos die Folge davon, dass es der absolut grösste Bezirk ist. Es wird dies namentlich klar werden, wenn ich das Aufnahmeverhältniss dieses Bezirkes im Allgemeinen hinzufüge. Während unter 2297 in Siegburg aufgenommenen Kranken 886 = 39,5 Procent und unter 780 aufgenommenen **Frauen** 309 = 40 Procent diesem Bezirke angehören, gehören ihm von den Puerperalen 53 Procent an. Es erkranken also in jenem Fabrik- und Bergwerks-Districte 13 Procent Puerperale mehr als geisteskranke Frauen überhaupt. Je weniger Fabrik- und Bergwerksbevölkerung ein District hat, um so weniger puerperale Erkrankungen kommen vor, und es folgen desshalb die rheinischen Regierungsbezirke in folgender Ordnung:

Cöln	hat	bei	22,9	Proc.	an	aufgen.	Frauen	21,4	Proc.	der	Puerperalen
Aachen	»	»	14	»	»	»	»	10,7	»	»	»
Trier	»	»	8,4	»	»	»	»	8	»	»	»
Coblenz	»	»	11,2	»	»	»	»	6,5	»	»	»

II. Die Aetiologie.

§ 6. Es ist von vielen Autoren den puerperalen Zuständen als solchen der ihnen bisher beigelegte hohe causale Werth ganz abgesprochen worden. Ein Blick auf die vorhin angeführten Zahlen, wonach sogar 21,6 Procent aller aufgenommenen geisteskranken Frauen auf der Basis der uns beschäftigenden Zustände entstanden sind, macht eine solche Auffassung jedoch unmöglich. Wenn J. Thompson Dickson (im 6. Bande des Journal of mental science pag. 380) sagt:

„*It will be my endeavour to show, likewise, that there is nothing peculiar in the insanity of childbed, rendering it a disease peculiar to women, that the adjectivial expression considerably . . . etc.*“

und dann, gestützt auf einige Fälle, in denen Erblichkeit gleichzeitig nachzuweisen war, den Schluss zieht:

„*In almost all instances, perhaps in all, there is a potentiality of insanity either from hereditary transmission or specially and accidentally induced, but not associated with the parturient condition . . .*“,

so stehen damit die vorliegenden Beobachtungen geradezu im Widerspruch. Wäre diese Auffassungsweise Thompson's richtig, so würde das Erblichkeitsverhältniss in den puerperalen Psychosen ein weit höheres sein müssen, als wie es in der That ist; denn fassen wir die von andern Beobachtern gegebenen Zahlen, wonach

Macdonald Erblichkeit in 25,7 Procent der Fälle
Gundry „ „ 40 „ „ „
Marcé „ „ 43 „ „ „
Holm „ „ 60 „ „ „
Fürstner „ „ 61,7 „ „ „

fand, mithin im Durchschnitt bei 46 Procent Erblichkeit nachzuweisen war, zusammen mit den aus Siegburg vorliegenden Beobachtungen, nach denen bei 168 Puerperalen sich in 71 Fällen, also bei 44,2 Procent, Erblichkeit nachweisen liess, so ergiebt sich nur eine minimale Differenz mit der Häufigkeit der Erblichkeit bei den geisteskranken Frauen überhaupt. Zum Beweise führe ich an, dass unter den zuletzt in Siegburg aufgenommenen 1500 geisteskranken Frauen überhaupt sich bei 625, also bei 41,6 Procent derselben, Erblichkeit nachweisen liess, mithin eine Differenz von 2,6 Procent, die so gering ist, dass sie leicht durch Zufälligkeiten herbeigeführt sein kann.

Dass die Psychosen nicht einfach zufällig so häufig zur Zeit der puerperalen Vorgänge entstehen, beweist ferner die Thatsache, dass, nicht blos bei erblich Belasteten, sehr oft der Ausbruch der Geistesstörung sich regelmässig in der bestimmten Puerperiumsphase wiederholt; es müssen also doch wohl die puerperalen Vorgänge als solche die Causa efficiens sein.

Die historisch merkwürdigen Ansichten über das Zustandekommen der Puerperal-Psychosen durch Milchversatz u. dgl. bedurften wohl nur der Erwähnung. Und so fragt es sich denn: Inwiefern prädisponiren die puerperalen Processe zu der Entstehung der Psychosen?

1. Die Schwangerschaft.

§ 7. Hier ist ohne Zweifel die Schwangerschaft als solche mit ihren eingreifenden Veränderungen des ganzen Körpers als das den Boden für die Geistesstörung vorbereitende Moment zu betrachten. Ohne auf die allseitig bekannten Details einzugehen, will ich nur auf die bedeutenden Circulations-Veränderungen, welche das Wachsen des Uterus und die Einschaltung des Placentar-Stromgebietes zwischen

Uterin-Arterien und Venen mit sich bringt, hinweisen. Sei die physiologische Erklärung der verschiedenen Phänomene, welche sie immer wolle, mag, wie Spiegelberg und Gscheidlen (Archiv für Gynäcologie Band 4 pag. 112 u. ff.) wollen, eine gewisse Ausgleichung durch eine absolute Zunahme der Blutmenge in der Schwangerschaft auch stattfinden, ganz wird die Beeinträchtigung der Circulation in anderen Organen damit doch nicht beseitigt; der Effect ist immer der, dass in anderen Organen, namentlich im Gehirn, eine Veränderung der Circulation, und zwar der Regel nach in der Form der **Anämie,** sich geltend macht.

Ausser dieser Veränderung der Circulation tritt, wie neuerdings Hermann Nasse durch experimentelle Untersuchungen (im Archiv f. Gynäcologie, Bd. X. Heft 2) bestimmt nachgewiesen hat, auch eine Veränderung in der chemischen Zusammensetzung des Blutes der Schwangeren insofern ein, als das Blut verdünnt wird, indem die Zahl der Blutkörperchen und die Menge der Salze abnimmt und der Faserstoff vermehrt wird. Der Natur der Sache nach müssen diese Veränderungen auch functionelle Störungen zur Folge haben. Diese functionellen Störungen sind eben jene bekannten Gemüthsstörungen in Form von leichten Depressionen, Verstimmtheiten, Angstgefühlen, Reizbarkeiten, Ohnmachtsgefühle, Reflexerregbarkeiten u. s. w. So lange die Schwangerschaft auf normalem Boden verläuft, bei einem kräftigen und sonst gesunden Individuum, so lange treten auch jene functionellen Störungen nur in mässigem Grade auf und bleiben innerhalb der Grenzen des Physiologischen; sobald aber die Schwangerschaft auf geschwächtem oder krankhaftem Boden verläuft oder sonstige Störungen im Verlaufe der Schwangerschaft hinzutreten, so werden auch jene functionellen Störungen intensivere, sie verlassen die Grenze des Physiologischen und es entstehen wirkliche Geistesstörungen. Da jene durch die Schwanger-

schaft bedingten Veränderungen der Organe und der Circulation in denselben bei der **ersten** Schwangerschaft am meisten einen revolutionären Charakter für den Körper haben, so müsste, die Gleichartigkeit und gleiche Häufigkeit der adjuvirenden Schädlichkeiten vorausgesetzt, verhältnissmässig auch in der ersten Schwangerschaft am häufigsten die Geistesstörung eintreten. In der That bestätigen denn auch unsere Beobachtungen diese Annahme, indem wirklich ein Viertel aller in der Schwangerschaft Erkrankten während der ersten Schwangerschaft erkrankt ist, ein Verhältniss, das um so auffallender ist, als ja absolut unverhältnissmässig viel mehr wiederholt Schwangere als zum ersten Male Schwangere vorhanden sind. Unter jenen adjuvirenden Schädlichkeiten nimmt nun die schon oben erwähnte mangelhafte körperliche Entwickelung vor Eintritt der Schwangerschaft und die mangelhafte Ernährung während der Schwangerschaft den ersten Platz ein. Letztere ist nicht blos die Folge der ärmlichen Verhältnisse und des Nothstandes, in welchen die betreffenden Personen leben, sondern leider auch die Folge einer sehr weit verbreiteten Anschauungsweise, nämlich der, dass bei beschränkter Nahrungszufuhr die Frucht eine kleinere und somit der Geburtsakt selbst ein leichterer sein werde. Was die ferner häufig genannten **Gemüthsbewegungen** während der Schwangerschaft anlangt, so kommen dieselben auch in den meisten Fällen nur dadurch zur Wirkung, dass sie die Ernährung hindern und herabsetzen; viel weniger sind sie causa proxima für den Ausbruch der Seelenstörung. Die **Erblichkeit** hat bei den Schwangerschafts-Psychosen keine wesentliche ätiologische Bedeutung. **Störungen der Schwangerschaft** selbst durch locale Abnormitäten wie Placenta praevia etc. mit ihren nothwendigen Blutungen können gewiss durch ihre schwächende Wirkung die Psychosen mit entstehen helfen, sind aber äusserst selten und in unseren 32 Fällen gar nicht beobachtet worden.

2. Das Wochenbett.

§ 8. Hatte schon die vorhergehende Schwangerschaft langsam aber stetig ihre Veränderungen in den Organen des Körpers und speciell in den **Circulationsverhältnissen** gesetzt, so ist die Veränderung, welche durch den Geburtsakt selbst und die folgenden Secretionsvorgänge gesetzt wird, eine noch viel grössere, intensivere und rapidere. Durch die rasche Entleerung des so sehr ausgedehnten Uterus und der so ausgedehnten Bauchhöhle, durch die dadurch bedingte ausserordentliche Veränderung des intra-abdominellen Druckes wird die Circulation in den übrigen Organen und namentlich auch im Gehirn auf das Empfindlichste beeinträchtigt. Welcher Art diese Druckänderung speciell ist, ob eine Steigerung oder ein Sinken des Druckes im venösen Stromgebiete, vermag ich natürlich nicht zu entscheiden; ich will hier nur constatiren, dass die beiden neuesten Schriftsteller über diesen Gegenstand gerade entgegengesetzte Ansichten vertreten. Während Spiegelberg (im Archiv für Gynäcologie, Bd. II. pag. 237 und 238) sagt:

„Mit der Ausstossung des Kindes und seiner Anhänge wird der Placentar-Kreislauf eliminirt, die zahlreichen und weiten Placentargefässe werden geschlossen — der Druck in der Aorta sinkt; **steigt** hierdurch schon der **Druck im venösen Stromgebiete,** so geschieht dies noch mehr desshalb, weil bei zum Theil unwegsam gewordenen Bahnen im Uterus die Blutmasse doch immer noch relativ vermehrt ist . . . . .“,

giebt Fritsch in einer vorläufigen Mittheilung (im Centralblatt f. d. medic. Wissenschaften 1875, Nr. 29) an:

„die frühere Annahme von der Drucksteigerung in den Venen nach der Geburt ist heute nicht mehr haltbar. Der **venöse Druck** steigt nicht, sondern **sinkt** u. s. w.“

Sei dem nun, wie ihm wolle, so erklärt die rasche Circulationsänderung, welche durch die Ausstossung des Kindes hervorgerufen wird, leicht, dass zuweilen schon unmittelbar nach vollendetem Geburtsakt, ohne dass abnorme Blutungen denselben begleitet hätten, acute Geistesstörungen in Form von Delirien oder lang dauernden Ohnmachten auftreten, die allerdings unter normalen Verhältnissen und bei kräftigem Körper in einer gegebenen Zeit mit der Ausgleichung der Circulationsstörungen wieder verschwinden. Viel häufiger entwickeln sich, wenn einige Zeit hindurch jene Circulationsveränderungen bestanden haben und erst stärkere Störungen in der Ernährung des Gehirns zu setzen anfangen, die functionellen Störungen des Gehirns in Form von Geistesstörungen. Die Verzögerung dieser Ausgleichung der Circulationsveränderungen, welche besonders eine Folge der allgemeinen Ernährungsstörung während der Schwangerschaft mit dem dadurch geminderten Gefässtonus ist, bildet also eine der hauptsächlichsten Ursachen des Entstehens der Geistesstörung nach der Entbindung.

§ 9. Ebenso wichtig ist die durch die Geburt in anderer Weise bedingte **Ernährungsstörung.** Nach den Untersuchungen von Gassner (Inaugural-Dissertation — Monatsschr. für Geburtskunde 1862) verliert der weibliche Körper durch die Geburt selbst etwa den 9ten Theil seines Gewichtes, welches er im letzten Schwangerschaftsmonate hatte. Dieser Gewichtsverlust wird nicht blos bedingt durch das Gewicht des Eies, sondern auch durch das in der Nachgeburtsperiode abgegangene Blut und durch die auf Lungen- und Haut-Oberfläche verdunstete Flüssigkeit. Mit der Geburt hört nun die Gewichtsabnahme noch nicht auf, sondern dauert noch die ersten 6—7 Tage an. Besonders gross ist die Gewichtsabnahme namentlich noch am ersten Tage des Wochenbettes in Folge der so sehr vermehrten Harnsecre-

tion, der reichlichen Ausscheidung des Lochialflusses und der fast nie fehlenden Schweisse. Nach Gassner betrug der Gewichtsverlust einer Wöchnerin in den ersten 7 Tagen im Durchschnitte 4571,5 Gramm. Geringer fand den Gewichtsverlust in den ersten 7 Tagen Kleinwaechter (in der Prager Vierteljahrsschrift, Band 123, pag. 89. 1874). Nach ihm differirte derselbe zwischen 2187 und 5506 Gramm und betrug im Durchschnitt 2812 Gramm. Darnach erreicht also der Gewichtsverlust durch die Geburt und während der ersten Woche des Wochenbettes zusammen fast die Höhe von einem Fünftel des Körpergewichtes des hochschwangeren Weibes — ein Verlust, der alle Organe des Körpers und speciell das Gehirn in hohem Grade in Mitleidenschaft ziehen muss. Da derselbe seine Effecte hauptsächlich auf der höchsten Höhe des Verlustes setzt, so scheint dadurch auch das vorzugsweise Auftreten der Geistesstörung in der zweiten Hälfte der ersten Woche und in der zweiten Woche nach der Geburt seine Erklärung zu finden. In der Regel pflegt nun bei sonst gut genährten Individuen der durch Geburt und Wochenbett verursachte Gesammtverlust in 6—7 Wochen vollkommen restituirt zu werden (Gassner loc. cit.). Ist dagegen das Individuum im Allgemeinen nicht hinreichend vorentwickelt oder durch andere Umstände geschwächt, so bleibt die Restitution des Gewichtes aus, ja der Gewichtsverlust vergrössert sich noch mehr durch die Abgänge, welche die Milchsecretion etc. mit sich bringt, und setzt seine Effecte auch noch später. Und so finden wir denn in der That bei unseren Kranken, wenn wir das Eintrittsgewicht betrachten, äusserst niedrige Körpergewichte, diese niedrigen Gewichte viele Monate hindurch sich erhalten und erst spät sich heben. Diese niedrigen Körpergewichte sind für uns gleichsam ein wägbarer Ausdruck für die Ernährungsstörung des Gehirns und die daraus resultirende Geistesstörung; denn

eine Besserung der Geistesstörung tritt erst ein nach oder mit der Zunahme des Körpergewichtes und eine volle Genesung von der Psychose ist erst eingetreten, wenn das Gesammtkörpergewicht wieder restituirt ist. Hinsichtlich der Bedeutung des Körpergewichtes und der Körperernährung in den mit Irresein verbundenen Krankheiten überhaupt verweise ich auf den Aufsatz Nasse's (allg. Zeitschr. für Psychiatrie, Band 16, Heft 5, Seite 541 u. ff.). Vergleichen wir das Körpergewicht der Genesenen mit dem Eintrittsgewichte selbst nur kurze Zeit, oft nur wenige Tage, nach der Entbindung Erkrankter und Aufgenommener, so zeigen sie ganz gewaltige Differenzen. Hier aus unseren Beobachtungen einige Fälle:

Erster Fall: Eine 26 Jahre alte Drittgebärende erkrankte am 2ten Tage nach der normal verlaufenen Entbindung an Melancholie. Wochenbett normal. Bei ihrer Aufnahme, welche 2 Wochen nach der Entbindung — 10 Tage nach der Erkrankung — stattfand, wog dieselbe bei einer Höhe von 156 Centim. nur 43 Kilo. Trotzdem ausser den Zeichen der Oligämie keine besondere körperliche Veränderungen aufzufinden waren, hob sich das Körpergewicht doch nur so langsam, dass sie erst nach 4 Monaten das Gewicht von 50 Kilo erreichte. Erst nach 10monatlichem Aufenthalte hatte sie mit der Genesung zugleich ihr Normalgewicht von **59** Kilo erreicht. Zwischen dem Eintritts- und Austritts-Gewichte lag eine Differenz von **16** Kilo.

Zweiter Fall: Eine 36 Jahre alte Zweitgebärende erkrankte 8 Tage nach normaler Entbindung an Melancholie. Schwangerschaft und Wochenbett normal. Sie wog bei der Aufnahme, 2½ Wochen nach der Entbindung und 10 Tage nach der Erkrankung, bei einer Grösse von 159 Centim. **52** Kilo. Keine Organerkrankung. Genesen. Gewicht beim Austritt **65** Kilo — Differenz **13** Kilo.

Dritter Fall: Eine 30 Jahre alte Zweitgebärende, die im ersten Wochenbette einige Wochen ängstlich gewesen war. Zweite Entbindung leicht, aber starke Nachblutung. Am 10ten Tage Mastitis und damit Ausbruch von Melancholie. Aufnahme schon am folgenden Tage. Aufnahmegewicht **53½** Kilo bei einer Grösse von 170 Centim. Entlassung genesen nach 5 Monaten mit einem Gewicht von **70** Kilo — Differenz **16½** Kilo.

Vierter Fall: Erstgebärende, 22 Jahre alt. Schwangerschaft und Entbindung normal, aber starke Nachblutung. Am 5ten Tage nach der Entbindung Manie. Keine Organerkrankung. Aufnahme 2½ Wochen nach der Entbindung, 12 Tage nach Ausbruch der Geistesstörung. Aufnahmegewicht bei einer Grösse von 158 Centim. **45** Kilo. Genesung nach 6 Monaten. Entlassungsgewicht 58½ Kilo — Differenz **13½** Kilo.

Fünfter Fall: Erstgebärende, 25 Jahre alt. Normale Schwangerschaft und Entbindung mit starker Nachblutung. Am 9ten Tage nach der Entbindung Manie. Aufnahme 3 Wochen nach der Entbindung, 12 Tage nach der Erkrankung. Keine Organerkrankung. Aufnahmegewicht bei einer Grösse von 137 Centim. **36** Kilo. Genesung. Entlassung nach 7 Monaten. Entlassungsgewicht **49** Kilo — Differenz **13** Kilo.

Sechster Fall. Siebentgebärende, 42 Jahre alt. Vier Tage nach der normalen Entbindung Manie mit folgendem Wahnsinn. Aufnahme 2 Wochen nach der Entbindung, 10 Tage nach Ausbruch der Geistesstörung. Keine Organerkrankung. Aufnahmegewicht bei einer Grösse von 159 Centim. **51** Kilo. Genesen entlassen nach 3½ Monaten. Entlassungsgewicht **62** Kilo — Differenz **11** Kilo.

Siebenter Fall: Zwölftgebärende, 38 Jahre alt. Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett normal. 5 Wochen nach der Entbindung Manie mit folgender Melancholie. Aufnahme 2 Wochen nach Beginn der Geistesstörung. Aufnahmegewicht bei einer Grösse von 154 Centim. **46** Kilo. Genesen entlassen nach 7 Monaten. Entlassungsgewicht **69** Kilo — Differenz **23** Kilo.

Achter Fall: Erstgebärende, ausserehelich geschwängert, 22 Jahre alt. Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett normal. 11 Tage nach der Entbindung Beginn von Manie. Aufnahme 3 1/2 Wochen nach Ausbruch der Geistesstörung, 5 Wochen nach der Entbindung. Aufnahmegewicht bei einer Grösse von 162 Centim. nur **51** Kilo. Obwohl keine eruirbaren Organerkrankungen vorhanden waren und Nahrung reichlich genommen wurde, blieb Patientin doch mehrere Monate lang auf demselben Gewichte stehen; dann erst, nach 4 Monaten, fing das Körpergewicht an zu steigen, trotz anhaltender maniakalischer und namentlich motorischer Erregung, und zwar stieg das Gewicht in einem Monate um 6 Kilo. Nachdem das Gewicht noch gleichmässig weiter gestiegen war, trat dann auch eine Abnahme der maniakalischen Erregung ein; hierauf hielten Gewichtszunahme und Genesung gleichen Schritt, und als Patientin nach 11monatlichem Aufenthalte genesen entlassen wurde, wog sie **80** Kilo — Gewichtsdifferenz zwischen Eintritt und Austritt also **29** Kilo.

Diese Beispiele mit ihren grossen Differenzen zwischen dem normalen Gewichte im gesunden Zustande und dem abnormen Gewichte zur Zeit oder kurz nach der Entbindung und Erkrankung werden genügen, um zu zeigen, dass der abnorme Ernährungszustand zur Zeit und kurz nach der Entbindung die Basis für das Entstehen der Geistesstörung

abgiebt. Der Gewichtsverlust ist noch grösser bei der Geburt von Zwillingen; in unseren Fällen folgte die Geistesstörung 3mal der Geburt von Zwillingen.

§ 10. Besonderer Erwähnung bedürfen hier noch die Fälle von Geistesstörung, welche nach einem **Abortus** entstehen. Auch sie zeigen schon kurze Zeit nach der Erkrankung und dem Abortus eine absonderliche Abminderung des Körpergewichtes im Vergleich zu dem Körpergewichte nach der Genesung. Es ist dies um so bemerkenswerther, als sie meistens in frühen Schwangerschaftsmonaten, wo die physiologische Gewichtszunahme der Schwangeren als solche noch eine minimale und das Gewicht des Eies ein verhältnissmässig geringes ist, auftreten. Freilich ist das Eintrittsgewicht absolut nicht ganz so gering wie bei den Frauen, welche nach der Geburt eines ausgetragenen Kindes psychisch erkranken, weil einerseits die besprochenen Schädlichkeiten noch nicht so lange bestanden und nicht so intensiv eingewirkt haben, andererseits der Gewichtsverlust im Abortus bei dem geringen Gewichte des Eies weit geringer ist, aber es ist doch immer auch absolut gering und differirt wesentlich mit dem Genesungsgewichte. Bei unseren 3 Genesenen, von denen zwei im dritten und eine im zweiten Schwangerschaftsmonate abortirt hatten und die bei der Aufnahme alle nicht nur erst ein paar Wochen krank waren, sondern auch erst kurz vor der Erkrankung abortirt hatten, betrug das Eintrittsgewicht bei zweien 50 Kilo, bei einer 53 Kilo, und war um 7½, 8 und 12 Kilo niedriger als das Entlassungsgewicht.

§ 11. Als prädisponirendes Moment ist auch hier wie bei den Schwangerschafts-Psychosen die **Erblichkeit** zu nennen; doch ist auch hier das Verhältniss ein nicht grösseres wie bei den Psychosen der Frauen überhaupt. Es fand sich

nämlich unter den 82 Erkrankten 35mal Erblichkeit, also bei 42,6 Procent gegenüber 41,6 Procent bei den geisteskranken Frauen überhaupt. Ein ferneres ursächliches Moment, eine **frühere Erkrankung** an Geistesstörung fand sich in unseren 82 Fällen 17mal, also bei 20,7 Procent, während es sich bei Holms 58 Fällen nur 5mal, also bei 8,6 Procent fand.

§. 12. Als **occasionelle** Momente betrachtet man die Abnormitäten bei der Geburt und im Wochenbette. Wenn auch bei den meisten nach der Entbindung Erkrankten die Entbindung selbst und das Wochenbett im Ganzen normale zu nennen sind, so gibt es doch immer eine Anzahl, bei denen Abnormitäten verzeichnet werden. Ob es nun diese Abnormitäten sind, welche auf dem sonst präparirten Boden den Ausbruch der Geistesstörung veranlassen, möchte schwer zu entscheiden sein; allen Werth kann man ihnen gewiss nicht absprechen.

3. Die Säugungs-Periode.

§. 13. Was die Schwangerschaft begonnen und das Wochenbett fortgesetzt hat — die Herabsetzung der Ernährung — erhöht und vermehrt das Säugen des Kindes noch mehr. Während, wie bereits oben bemerkt, bei gut entwickelten und gut genährten Wöchnerinnen unter normalen Verhältnissen der Verlust des Körpergewichtes sich in 6—7 Wochen restituirt, so kommt bei unseren mangelhaft entwickelten, schlecht genährten und in den früheren Puerperiums-Phasen abnorm abgeschwächten Personen diese Restitution nicht zu Stande; ja es findet häufig noch ein Herabgehen des Körpergewichtes statt, so dass wir bei den in der Lactationsperiode Erkrankten oft ein absolut noch niedrigeres Körpergewicht und höhere Gewichtsdifferenzen zwischen Eintritts- und Entlassungs-Gewicht finden wie bei

den nach der Entbindung Erkrankten. Ganz besonders herabgesetzt wird die Ernährung vielfach noch durch das missbräuchlich zu lange Fortsetzen des Säugens, so dass Viele noch fortsäugen, nachdem sie bereits wieder concipirt haben. Einige Beispiele mögen das erläutern:

Erster Fall: Eine 24 Jahre alte Drittgebärende erkrankte 2 Monate nach der normalen Entbindung an Manie. Wochenbett normal. Keine Organerkrankung. Aufnahme 8 Tage nach dem Ausbruche der Geistesstörung. Aufnahmegewicht **49½** Kilo. Genesen. Entlassungsgewicht **66½** Kilo. — Differenz **17** Kilo.

Zweiter Fall: Eine 31 Jahre alte Fünftgebärende erkrankte 5 Monate nach der normalen Entbindung an Manie. Normales Wochenbett. Keine Organerkrankung. Aufnahme 3 Wochen nach Ausbruch der Geistesstörung. Aufnahmegewicht **47½** Kilo. Genesen. Entlassungsgewicht **65** Kilo — Differenz **17½** Kilo.

Dritter Fall: Eine 29 Jahre alte Zweitgebärende erkrankte 5 Monate nach der im 8ten Monate erfolgenden sonst normalen Entbindung an Manie. Patientin stillte das Kind bis zum Ausbruch der Geistesstörung. Aufnahme 3 Tage nach der Erkrankung. Aufnahmegewicht **41½** Kilo. Genesen entlassen nach 3 Monaten. Entlassungsgewicht **54½** Kilo — Differenz **13** Kilo.

§ 14. Der Grundzustand der in den verschiedenen Puerperiums-Phasen psychisch Erkrankten ist darnach der der **Oligämie.** Nur in sehr wenigen Fällen, und dann nur veranlasst durch andere körperliche Leiden wie Herzfehler, meningitische Processe etc., wird eine Hyperämie des Gehirns beobachtet. Bei unseren 168 Fällen fanden sich nur 13mal mehr oder weniger bald wieder vorübergehende Congestivzustände, während in den übrigen 155 Fällen die Er-

scheinungen der Oligämie constant blieben. Bezüglich der Herzfehler ist namentlich ihr verhältnissmässig seltenes Vorkommen auffallend, da man nach den Schilderungen Larcher's und Spiegelberg's, — nach denen durch den veränderten Blutdruck und durch die angeblich absolute Zunahme des Blutquantums in der Schwangerschaft eine Hypertrophie des linken Ventrikels angebahnt werden soll —, ein häufigeres Vorkommen erwarten sollte. In unseren Fällen von Herzfehlern war deren Entstehung meistens sogar auf einen früher überstandenen Rheumatismus articulorum zurückzuführen. Uebrigens hat auch neuerdings H. Löhlein (in der Zeitschrift für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten I. S. 482) die Annahme, dass in der Schwangerschaft sich eine Hypertrophie des linken Ventrikels entwickele, als unrichtig bestritten.

§ 15. Ob das **Lebensalter** der Frauen als solches von Einfluss auf die Entstehung der Puerperal-Psychosen ist, wird sich schwerlich entscheiden lassen, da hierzu nothwendig das Verhältniss festgestellt sein müsste, in dem die Zahl der Schwangeren, Gebärenden und Säugenden der einzelnen Lebensalter unter einander stehen. Unsere Zusammenstellung ergiebt daher nur, in welchem Lebensalter die meisten Schwangeren etc. erkrankt sind; ob sich nun aber nicht überhaupt in den fraglichen Lebensaltern auch die meisten Schwangeren, Gebärenden und Säugenden befinden oder ob unsere Befunde von der Norm abweichen, vermag ich nicht festzustellen. Die meisten Erkrankten befanden sich im Alter

	von 30—35	Jahren	nämlich	49 =	29,1	Procent
dann	von 25—30	„	„	41 =	23,8	„
	„ 35—40	„	„	28 =	16,6	„
	„ 20—25	„	„	28 =	16,6	„
	„ 40—45	„	„	17 =	10,1	„
	„ 45—50	„	„	5 =	3	„

§ 16. Zum Schlusse muss ich noch der von Arndt loc. cit. so sehr in den Vordergrund geschobenen **psychopathischen Diathese** Erwähnung thun. Mit so grossem Interesse ich auch die genaue Beschreibung dieser Diathese gelesen und so sorgfältig und eifrig ich auch unter unseren 168 Fällen nach den Symptomen jener Diathese geforscht habe, so bedaure ich doch, hier bekennen zu müssen, dass ich nur in 19 Fällen bald das eine, bald das andere Symptom habe auffinden können. Das Vorhandensein dieser Symptome giebt den Puerperal-Psychosen den Charakter der hysterischen Irreseinsformen, findet sich aber nicht bei den Puerperal-Psychosen im Allgemeinen.

III. Die Formen.

§ 17. Von unseren 168 in den verschiedenen Puerperiums-Phasen Erkrankten sind erkrankt:

an Melancholie . . 107 = 63,6 Procent
„ Manie . . . . 58 = 34,5 „
„ Delirium acutum 1
„ primärem Wahnsinn 2.

Von den 107 an **Melancholie** Erkrankten litten an
einfacher Melancholie . . . 74 = 69 Procent
verfielen später in Manie . . . . . 12 = 11,2 „
„ „ „ Wahnsinn . . . . 20 = 18,6 „
„ „ „ circuläres Irresein . 1.

Von den 58 an **Manie** Erkrankten litten an
einfacher Manie . . 52 = 89,4 Procent
verfielen später in Melancholie 4 = 7 „
„ „ „ Wahnsinn 2 = 3,4 „

Wir finden also darunter alle Formen der Geistesstörung mit Ausnahme des epileptischen und paralytischen Irreseins. Am zahlreichsten sind, wie vorhin gezeigt, die Fälle von **Melancholie.** Darnach müsste es also wunderbar erscheinen, dass man die Psychosen der Puerperalen so viele Jahre lang mit dem Namen derjenigen Krankheitsform bezeichnet hat, die bei Weitem nicht den ersten Platz einnimmt, ich meine dem der Puerperal-**Manie.** Vergleichen wir aber die Angaben der früheren Autoren, so finden wir allerdings, dass dieselben viel mehr Fälle von Manie als von Melancholie verzeichnen, während die neueren Beobachter mehr Melancholie als Manie angeben. Holm notirt 55 Procent Melancholie und 45 Procent Manie, Leidesdorf 65 Procent Melancholie und 25 Procent Manie; dagegen finden wir bei Marcé nur 33,3 Procent Melancholie gegenüber 56,6 Procent Manie. Auch die übrigen älteren Beobachter schildern, wenn sie auch keine Zahlen angeben, die Manie als häufigere Form. Nach unseren Beobachtungen prävalirt die Melancholie in allen Puerperiums-Phasen. Ganz besonders herrscht sie vor in der Schwangerschaft: Melancholie 84,4 Proc. und Manie 15,6 Proc. Damit stimmen auch die früheren Beobachter überein. Marcé notirt 62,5, Fürstner 80, Holm 80,7 und Leidesdorf 83,3 Proc. Anders verhält es sich dagegen nach der Angabe der früheren Autoren mit den nach der Entbindung entstandenen Psychosen. Hier notirt Marcé nur 22,7 Proc. Melancholie gegenüber 65,9 Proc. Manie, Fürstner 9 Proc. Melancholie gegen 47,6 Proc. Manie, Holm 44,8 Proc. Melancholie gegen 46,5 Proc. Manie. Nach unseren und Leidesdorf's Beobachtungen prävalirt auch hier die Melancholie. Leidesdorf fand 57 Proc. Melancholie und 35,7 Manie und in unseren Fällen fanden sich 53,6 Proc. Melancholie bei 44 Proc. Manie. In der Lactationsperiode prävalirt die Melancholie wieder in hohem Grade. In unseren Fällen litten 68 Proc. an Melancholie

und 29 Proc. an Manie, in Holm's Fällen 54 Proc. an Melancholie und 42,6 Proc. an Manie. Aeusserst gering ist die Zahl des primären Wahnsinns und des Delirium acutum. Letzteres habe ich hier als besondere Irreseins-Form zum Zweck eventueller statistischer Vergleichungen aufgeführt, obwohl ich selbst es nicht für begründet halte, den dasselbe bildenden Symptomencomplex als eine besondere Irreseinsform hinzustellen, weil derselbe eigentlich nur andere acute Krankheiten begleitet und aus den durch diese bedingten Delirien zusammengesetzt wird.

§ 18. Was die Frage betrifft, ob die Puerperal-Psychosen in ihrer Form etwas Specifisches nur ihnen Eigenthümliches haben, was ausser bei ihnen sonst nicht mehr vorkomme; so ist dieselbe allerdings zu verneinen. Andererseits bilden aber innerhalb der allgemeinen Formen nach verschiedenen Richtungen hin zahlreiche gleichartige Fälle so hervortretende Gruppen, dass man gewiss berechtigt ist, dieselben aus den allgemeinen Formen herauszuheben und besonders zu betrachten. Es sind die aus einfachen Formen **combinirten Formen**, wesshalb ich sie denn auch mit letzterem Namen bezeichnen möchte.

Als erste Gruppe gehören dahin aus dem Gebiete der Melancholie die Fälle, welche ich oben als **Melancholie mit folgender Manie** bezeichnet habe. Die Zahl derselben ist nicht so gering, denn es sind unter unseren Beobachtungen **12** Fälle. Ich verstehe darunter die Fälle, welche als Melancholie beginnen, Wochen und Monate lang als einfache Melancholie bestehen und dann unter Abblassen der melancholischen Verstimmung durch ein kurzes Stadium abnormer Gemüthsreizbarkeit hindurch in einen Zustand von tobsüchtiger Exaltation übergehen, um in diesem wiederum Monate lang zu verharren. Die lange unter einander ziemlich gleiche Dauer der einzelnen Krankheitsphasen mit

kurzem Uebergangsstadium und der Abschluss der Krankheit als Genesung oder psychische Schwäche nach der zweiten Hauptphase berechtigt, glaube ich, dazu, diese Fälle als besondere Gruppe herauszuheben. Es ist die zweite Phase zu lang und zu hervorstechend, um sie als einfaches Reactionsstadium nach Melancholie zu betrachten, und die erste Phase ist zu lang und zu typisch, um sie als einfaches Prodromialstadium von Manie aufzufassen. Es sind daher nach meiner Ansicht diese Fälle nicht als einfache Transformation einer bisherigen Krankheitsform zu nehmen, sondern beide Formen bilden nur zwei Phasen eines geschlossenen Processes. Einige Fälle werden am besten zur Erläuterung dienen:

1) Eine 34 Jahre alte bleiche und magere Frau aus geistesgesunder Familie war als Kind schwächlich und leicht erregbaren Temperamentes, verheirathete sich im Alter von 18 Jahren, lebte aber in nur kümmerlichen Verhältnissen. Sie gebar 5 Kinder in normaler Weise und stillte sie selbst meistens 12—14 Monate lang. In den letzten 2 Jahren trank sie ziemlich viel Bier und Branntwein. Etwa einen Monat nach ihrer letzten Niederkunft, nachdem sie aber schon einige Zeit vorher leicht verstimmt gewesen war, fing sie an, ihren Haushalt zu vernachlässigen und ängstlich und niedergeschlagen zu werden. Sie beschäftigte sich viel mit Religion, nannte sich eine grosse Sünderin und wurde viel von Todesgedanken geplagt. Dann traten zahlreiche melancholische Wahnideen auf, die aber immer nur als ein äusserer Ausdruck der Stimmung zu betrachten waren. Sie glaubte, ein in ihrem Hause wohnender Metzger wolle sie schlachten, sie klagte sich an, dass sie mit einem 73 Jahre alten Manne ein unerlaubtes Verhältniss unterhalten und dadurch ihrem Manne den Eid gebrochen habe; ja sie meinte sogar, sie habe mit ihrem eigenen 3 Jahre alten Knaben

sich fleischlich vergangen, und sah in dem Sichentblössen des Kindes eine Aufforderung dazu. Wegen aller dieser Sünden glaubte sie sich verdammt, es duldete sie nirgends und so steigerte sich die Angst und Verzweiflung derart, dass sie versuchte, sich und ihr Kind zu ertränken. Einige Male traten auch Gesichtshallucinationen auf, indem Patientin sich von Särgen umgeben sah. Dieser Zustand schwerer Melancholie währte 4½ Monate. Dann äusserte Patientin weniger Angstgefühle, ihre Selbstanklagen hörten auf und statt dessen wurde sie mehr verdriesslich, empfindlich gegen ihre Umgebung und leicht in Zank und Streit verwickelt. Diese gereizte Stimmung dauerte nur wenige Tage, dann fing die Kranke an, bei den kleinen Zänkereien mehr Worte wie gewöhnlich zu verschwenden, so dass zuletzt regelmässig eine wahre Fluth von Worten sich ergoss. Im Verlaufe dieser Debatten begann sie dann auch, sich selbst und ihre vermeintlichen Eigenschaften in Gegensatz zu den vermeintlichen Fehlern ihrer Gegner zu setzen, ihre Eigenschaften hervorzuheben und zu vergrössern und sich besonders zu rühmen, und damit war an die Stelle der Depression ein erhöhtes Selbstgefühl getreten. Nach wenigen weiteren Tagen war an die Stelle der trüben Stimmung eine heitere, an Stelle des früheren scheuen Wesens ein selbstbewusstes, keckes und aufdringliches, an Stelle des früheren Jammerns und Klagens ein heiteres Schwatzen, Lachen und Singen, an Stelle der früheren langsamen und schwerfälligen Bewegungen ein rasches Gesticuliren und lebhaftes Umhergehen, Tanzen und Springen getreten. Waren früher nur wenige Vorstellungen melancholischen Charakters geäussert, indem stets dieselben von Neuem reproducirt wurden, so war jetzt wirkliche geistige Verwirrtheit mit Incohärenz der Gedanken und Ideenflucht vorhanden. Dieser Zustand von Manie dauerte 4 Monate; dann blassten die Erscheinungen der Manie ab, Patientin wurde ruhig, bescheiden,

ordentlich, einsichtig und klar und konnte nach ferneren $1\frac{1}{2}$ Monaten genesen entlassen werden. Das ganze Krankheitsbild setzte sich also zusammen aus zwei gleich langen, gleichwerthigen, scharf von einander geschiedenen Phasen, aus Melancholie und folgender Manie, und endete am Schlusse der letzteren mit Genesung.

2) Eine 47 Jahre alte kleine, magere und bleiche Frau, deren Mutter an Epilepsie und deren Tante mütterlicher Seite an Geistesstörung gelitten hatte, erkrankte im 7ten Monate ihrer fünften Schwangerschaft an Melancholie mit heftigen Kopfschmerzen, grosser ängstlicher Unruhe und Schlaflosigkeit. Die Geburt des äusserst kleinen und schwächlichen Kindes verlief normal. Die Kranke stillte das Kind trotz ihrer körperlichen Schwäche selbst, bis nach ein paar Wochen die Milchsecretion cessirte. Die Abmagerung nahm immer mehr zu, die Kopfschmerzen vermehrten und die Angst und Verstimmung steigerten sich. Ganz besonders verschlimmerte sich der Zustand, als Patientin mit ihrer Familie auch noch ihre Wohnung wechseln musste. Sie klagte beständig, sie sei ihrem Manne und ihren Kindern zur Last, könne die Anforderungen, welche an sie als Hausfrau gestellt würden, nicht erfüllen, sie sei ein Schandfleck für ihre Familie u. s. w., und versuchte wiederholt, sich selbst zu tödten. Dieser Zustand von Melancholie dauerte so 15 Monate. Dann fing sie an, mehr schnippisch und abweisend zu werden, spottete über Andere und sich selbst und bekam leicht Streit mit ihrer Umgebung. Während sie vorher ein grosses Krankheitsgefühl und selbst das Verlangen nach der Anstalt geäussert hatte, so wies sie jetzt alle auf ihre Krankheit bezüglichen Fragen mit schnippischen und abweisenden Redensarten zurück, z. B. „ja wohl, sie habe die Gicht im höchsten Grade“ oder „ja, sie habe die moderne Krankheit“ u. s. w. In Briefen, welche sie in

dieser Zeit an ihre Angehörigen schrieb, äusserte sie anfangs wohl ihre alten melancholischen Klagen, schloss daran aber allerlei sarkastische Bemerkungen und schrieb z. B. höhnisch an ihre Geschwister, sie hätten ihr wohl ihren Brief desshalb nicht beantwortet, weil sie ihnen mit ihren Nachtgedanken lästig gefallen sei, jetzt wolle sie ihnen zeigen, dass sie auch Sonnenschein verbreiten könne, sie könne noch singen und wolle auch noch ihre Tanzkunst auf die Probe stellen u. s. w. Nach kurzer Zeit trat in der That auch grössere motorische Erregung ein und die Stimmung wurde eine heitere und übermüthige; Patientin lief unruhig und unstät umher, lärmte, sang und schrie. Rasch entwickelte sich so die hochgradigste Tobsucht, in der die Kranke Tag und Nacht lärmte, schamlos sich entblösste, das Zeug vom Leibe und in Stücke riss, Alles zerstörte, was sie in die Hände bekam, und Alles mit Koth und Urin beschmierte. In diesem Zustande hochgradiger Tobsucht verblieb sie über 8 Monate lang. Dann fing sie an, ruhiger und besinnlicher zu werden, sie gewann wieder gute äussere Haltung, bekam Einsicht in ihre Krankheit und zeigte eine richtige Auffassung ihrer Verhältnisse; ihr Wesen blieb aber ein absonderliches, sie hielt sich mehr für sich, zeigte etwas Finsteres und Verschlossenes und war in ihrem Urtheilsvermögen abgeschwächt. Trotzdem der Ehemann bei wiederholten Besuchen keine Veränderung gegen früher wahrnehmen wollte, so konnte sie doch nur als gebessert entlassen werden, und später eingezogene Nachrichten haben denn auch bestätigt, dass bedeutende geistige Defecte zurückgeblieben sind. Es ist darnach dieses Krankheitsbild aus zwei sehr langen Phasen, einer 1½ Jahre langen Melancholie und einer fast 9 Monate langen Manie mit einem auf ein paar Wochen beschränkten Uebergangsstadium zusammengesetzt und hat seinen Abschluss in psychischer Schwäche gefunden.

3) Eine 37 Jahre alte Frau, über deren Familienverhältnisse nichts bekannt ist, erkrankte im 7ten Monate ihrer fünften Schwangerschaft an Melancholie. Sie war traurig gestimmt, klagte und jammerte beständig, überhäufte sich mit Selbstvorwürfen und Selbstanklagen und äusserte wiederholt, erst werde das zu erwartende Kind und dann sie selbst begraben werden. Gleich nach der Entbindung, die allerdings sehr langsam aber doch sonst normal und ohne Kunsthülfe verlief, äusserte sie die Idee, es sei ihr die Seele gesprungen. Mit der Niederkunft steigerte sich zunächst die melancholische Verstimmung und es trat sogar absolute Nahrungsverweigerung ein. Schon nach etwa 10 Tagen fing sie aber an, eine mehr gereizte Gemüthsstimmung zu zeigen und dann wurde sie heiter, schwatzhaft und motorisch erregt. Sie lachte, sang, schwatzte anhaltend und in voller Ideenflucht Alles durcheinander oder sie verlangte bessere Kleider, wünschte Klavier zu spielen, was sie nie gelernt hatte, und machte gern allerlei Thorheiten. Wurde ihren Wünschen nicht gewillfahrt oder ihrem thörichten Beginnen entgegengetreten, so wurde sie heftig und zornig erregt. Diese tobsüchtige Erregung währte etwa 10 Monate, dann liess die motorische Erregung nach, aber die Gedanken wurden immer incohärenter, die Handlungsweise immer kindischer und alberner, es trat immer mehr psychische Schwäche auf und so ging der Zustand in allgemeine Verwirrtheit über. Der vorliegende Krankheitsverlauf setzte sich mithin zusammen aus einer Melancholie von 4monatlicher Dauer und einer Manie von 10monatlicher Dauer und endete als allgemeine Verwirrtheit.

§ 19. Die **zweite Gruppe** bilden die Fälle von **Melancholie mit folgendem Wahnsinn.** Es ist von Samt (in seinen Vorträgen über die wissenschaftliche Methode in der Psychiatrie) gesagt worden, dass er niemals aus Melancholie

oder Manie die Verrücktheit habe entstehen sehen; wollte man daraus nun den Schluss ziehen, dass das in der That nicht vorkomme, so würde man schwer irren, denn allein unsere obige Zusammenstellung einer Anzahl von Puerperal-Psychosen verzeichnet schon 20 Fälle von Wahnsinn alias Verrücktheit, die mit Melancholie begonnen haben. Andererseits bin ich auch der Ansicht, dass man diesen Wahnsinn nicht von vornherein als secundär oder nicht als psychischen Schwächezustand auffassen darf, sondern dass er auch nur die 2te Phase des aus Melancholie und Wahnsinn zusammengesetzten Krankheitsvorganges bildet und dass die psychische Schwäche, wenn sie eintritt, erst der secundäre Zustand dieser beiden Phasen ist. Als einfache deprimirte Form des Wahnsinns vermag ich diese Fälle desshalb nicht aufzufassen, weil die erste Phase — die Melancholie — einen bestimmten abgeschlossenen Abschnitt der Krankheit bildet und durch ein kurzes Uebergangsstadium in die zweite Phase — den Wahnsinn — überführt. Um dem Ursprunge des Wahnsinns gebührende Rechnung zu tragen, habe ich desshalb oben als besondere Gruppen die mit Melancholie und die mit Manie beginnenden Formen von Wahnsinn neben die von Snell*) als primäre Monomanie zuerst beschriebene Form von Wahnsinn gestellt. Während in Snell's Fällen von primärem Wahnsinn die Krankheit ohne Gemüthsstörungen — ohne Depression auf der einen und ohne das mit Ideenflucht und motorischer Erregung verbundene gehobene Selbstgefühl auf der anderen Seite — verläuft, indem die primären Verfolgungsideen sofort den Kranken zum Widerstande und Kampfe bewegen und rasch von compensatorischen Ueberschätzungsideen gefolgt werden, so ist bei unseren mit Melancholie beginnenden Wahnsinnsfällen zuerst ein ziemlich langes Stadium von wahrer Gemüthsdepression

---

*) Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. 22, Heft 4, S. 368 u. ff.

vorhanden. Da diese den Anfang ausmachende Melancholie von Beginn an schon eine eigenthümliche ist und die später zu Tage tretenden Verfolgungsideen gleichsam schon im Keime in sich trägt, so glaube ich den Wahnsinn selbst eben auch noch als primär auffassen zu müssen. Es blickt nämlich trotz der vorherrschenden tiefen Depression mit ihren ausgeprägten Angstgefühlen und häufigen Selbstmordneigungen entweder gleich von Anfang an oder wenigstens bereits nach kurzem Bestehen ein Zug von Misstrauen im Allgemeinen oder selbst schon ein Zug von Abneigung gegen einzelne Personen und Sachen hindurch. Mit dem Nachlass der Gemüthsdepression und dem Schwinden der Angstgefühle treten das Misstrauen und die Abneigung, welche bisher nur angedeutet waren, stärker zu Tage, gewinnen unter der Beihülfe von Hallucinationen Gestalt und formen sich zu bestimmten Verfolgungsideen. Diesen Verfolgungsideen folgen dann, häufig nach kurzem Stadium maniakalischer Erregung, als Compensation die Ueberschätzungsideen, und das Krankheitsbild gestaltet sich ganz so wie die ausgebildeten primären Wahnsinnsfälle Snell's, oder aber, und das ist seltener, es entwickeln sich nur jene Verfolgungsideen und bleiben stabil, ohne dass es zur compensatorischen Entwickelung von Ueberschätzungsideen kommt. Aus der vorher geschilderten Eigenthümlichkeit der initialen Melancholie, dem schon anfänglichen Vorhandensein von Misstrauen und Abneigung und dem Umstande, dass aus ihnen sich allmälig die dem Wahnsinn eigenthümlichen Verfolgungsideen entwickeln, geht, glaube ich, hinreichend die Zusammengehörigkeit beider Phasen der Krankheit hervor und rechtfertigt sich die Annahme, dass beide, die Melancholie und der Wahnsinn, ein Krankheits-Ganzes ausmachen. Man könnte desshalb mit ebensoviel Recht von einem Wahnsinn mit initialer Melancholie sprechen. Das Krankeitsganze würde sich demnach meistens aus folgenden Phasen zu-

sammensetzen: Initiale Melancholie mit Depression und Angstgefühlen ohne Wahnideen, Nachlassen der Depression und Auftreten von Wahnideen in der Gestalt von Verfolgungsideen, Auftreten von Ueberschätzungsideen — vollendetes Krankheitsbild zusammengesetzt aus Verfolgungs- und Ueberschätzungsideen. Zur Erläuterung dieser Auffassung der Melancholie mit folgendem Wahnsinn dienen folgende Fälle:

1) Eine 31 Jahre alte Frau, deren Vater geisteskrank war, gebar im März 1870 ihr zweites Kind in normaler Weise und stillte dasselbe bis zu seinem Tode im October desselben Jahres. Mit dem Tode des Kindes erkrankte sie an Melancholie; sie war sehr traurig und niedergeschlagen und weinte und klagte beständig. Dieser Zustand einfacher Melancholie dauerte etwas über 3 Monate, dann wurde Patientin von Neuem schwanger und nun trat zuerst die Idee auf, ihr verstorbenes Kind sei von anderen Leuten erwürgt worden. Dabei war die Stimmung noch immer eine gedrückte; allmälig schwand aber die Depression mehr und mehr und die Stimmung wurde eine gereizte. Im Mai 1871, etwa im 4ten Monat ihrer 3ten Schwangerschaft, zeigte die Kranke nun auch Personenverwechselung; sie hielt ein fremdes Kind für ihr gestorbenes, beschimpfte und beschuldigte die Mutter desselben, dass sie ihr dasselbe gestohlen habe, behauptete, andere Leute seien mit im Complotte gegen sie und beschuldigte namentlich den Geistlichen des Ortes, den sie für den Bruder ihres Mannes hielt, dass er ihre Kinder verkauft habe u. dergl. Zugleich traten nun auch Ueberschätzungsideen auf; sie behauptete, sie sei von besserer Herkunft, der geistesschwache Mann in der Pflegeanstalt zu D. sei nicht und könne nicht ihr Vater sein, ihre Mutter sei die Bürgermeisterin von St. u. s. w. Die folgende Entbindung brachte keine Besserung, sondern die Wahnideen vermehrten sich nur. Sie glaubte, ihr Mann

und alle ihre Nachbaren seien gegen sie im Complotte; dieselben streuten Pferdestoff in ihr Bett, trieben Sympathie, steckten Häringsköpfe in die Erde, damit sie Kopfschmerzen bekomme u. s. f. Wirkliche Hallucinationen konnten, obwohl das ganze Verhalten solche wahrscheinlich machte, nicht festgestellt werden.

2) Eine 30 Jahre alte Frau, deren Tante väterlicher Seite geisteskrank war, litt schon vor 10 Jahren, als ein Liebesverhältniss sich löste, eine Zeit lang an Melancholie. In der folgenden Ehe lebte sie zufrieden und glücklich. Ihr erstes Kind starb bereits nach 4 Wochen und es trat schon bald darauf wieder Schwangerschaft ein. Etwa 4 Wochen vor der Entbindung trat zuerst grosse Gemüthsreizbarkeit und dann tiefe Depression ein. Als bei der dann folgenden Geburt das Kind todt geboren wurde, steigerte sich die melancholische Verstimmung. Neben der tiefen Trauer mit beständigem Jammern und Klagen fiel aber eine eigenthümliche Abneigung gegen die Mutter der Kranken auf. Patientin blieb in diesem Zustande einfacher Melancholie unter grossem eigenen Krankheitsgefühle noch etwa 2 Monate. Dann fing sie an, unzufrieden und unwirsch über den Aufenthalt in der Anstalt zu werden, wollte von Kranksein nichts mehr wissen und verlangte oft energisch ihre Entlassung. Bisher war von Hallucinationen nichts zu entdecken gewesen; dann aber fing die Kranke an, oft mitten in einer Unterhaltung oder bei Tische plötzlich aufzuspringen und davon zu laufen, bald weil sie unangenehme Stimmen zu hören glaubte, bald weil sie Gift in den Speisen zu schmecken meinte. Wiederholt äusserte sie, dass ihr die Gedanken von aussen beantwortet würden, und gab die Antworten wörtlich an; ferner sprach sie davon, dass ihr Verstand und Geist durch übernatürliche Kräfte angehalten und ihr Gedächtniss geschwächt würde. Oft brach sie in

heftiges Schimpfen aus, weil die anderen Kranken sie mit Blicken misshandelten, es gingen die Blicke durch den Rücken, so dass sie schwitzen müsse. Vielfach verkannte sie die Personen in ihrer Umgebung. Dabei war ihre Stimmung durchaus nicht mehr eine gedrückte, sondern im Gegentheile eine äusserst gehobene. Hochmüthig und naserümpfend stolzirte sie zwischen den anderen Kranken umher, nichts war ihr gut genug, bei Allem wollte sie die Erste sein und häufig brach sie in lautes Schimpfen und Schelten aus, wenn sie glaubte, es würden ihr nicht die gebührenden Ehren gezollt.

3) Eine 34 Jahre alte Frau, deren Tante mütterlicher Seite geisteskrank war, erkrankte 3 Wochen nach ihrer zweiten Entbindung an Melancholie. Sie wurde ängstlich, sass viel in stillem vor sich Hinbrüten da, gab auf Fragen keine Antworten, ass schlecht und schlief wenig; zuweilen wurde sie von ihrer Angst auch getrieben fortzulaufen, ja selbst aus dem Fenster zu springen. Nach etwa 2 Monaten wurde sie mehr verdrossen und unzufrieden und so äusserte sie wohl, sie wisse nicht, was sie in der Anstalt solle, der Eine schicke sie hierhin, der Andere dorthin, sie wolle am liebsten sterben. Dann traten Hallucinationen auf, sie hörte Nachts ihren Namen rufen, hörte Stimmen, welche ihr mittheilten, dass ihre Kinder verbrannt würden u. dergl. Einmal hatte sie eine Vision, sie sah einen Heiligenschein um sich, hörte dabei eine Stimme sagen: „nun wollen wir beichten, zieh 'mal deine Schuhe aus", und sank desshalb auf die Kniee, zog die Schuhe aus und betete laut. Etwa 5 Monate nach Beginn ihrer Erkrankung wurde sie heiter erregt; sie sang und lärmte, lief unruhig umher, tanzte, zog sich nackt aus, schnitt Grimassen, suchte die Aerzte zu umarmen u. s. f. Nach etwa 2 Monaten schwand diese maniakalische Erregung mit ihrer motorischen Unruhe, aber

es blieb ein gehobenes, religiös exaltirtes Wesen bestehen. Patientin hielt sich für eine Heilige, arbeitete nicht, weil ihr die Arbeiten zu niedrig waren, u. dergl., und musste später ungeheilt entlassen werden.

§ 20. Ganz ähnlich verhält es sich mit der **dritten Gruppe**; es sind die Fälle, welche ich oben als **Manie mit folgendem Wahnsinn** bezeichnet habe. In ihnen bleiben von den während der maniakalischen Erregung rasch wechselnden Ueberschätzungsideen mit Nachlass der Erregung einzelne stabil, indem anfangs neben den anderen einzelne sich öfter wiederholen und in den Vordergrund drängen, bis sie allein stehen bleiben und das Thun und Denken des Kranken bestimmen und beherrschen. Hier folgen dann die Verfolgungsideen in der Regel den stabil gewordenen Ueberschätzungsideen nach; doch kommt es auch vor, dass schon während der maniakalischen Erregung und trotz der im Allgemeinen vorhandenen Ideenflucht von Anfang an in Folge von Hallucinationen Ideen auftauchen, welche den Charakter der Verfolgungsideen an sich tragen, und dass mit Abnahme der maniakalischen Erregung diese zuerst stabil werden. Als Beispiele von Manie mit folgendem Wahnsinn mögen folgende beide Fälle dienen:

1) Eine 25 Jahre alte Frau erhielt 2 Wochen nach ihrer ersten und normalen Niederkunft einen an den Mann adressirten Brief eingehändigt. Sie erbrach denselben und wurde, als sie darin ein Lotterieloos fand, durch die irrige Annahme, dass sie in der Lotterie bereits gewonnen habe, sehr erregt. Sie lief zunächst in der Nachbarschaft umher und verkündete dort, dass sie durch den Lotteriegewinn sehr reich geworden sei; von da an stieg die Aufregung und das unstäte Wesen mehr und mehr und steigerte sich rasch bis zu voller Tobsucht, der Gedanke an den vermeint-

lichen Lotteriegewinn schwand und an die Stelle trat ganz sinnloses ideenflüchtiges Schwatzen. Die Kranke lärmte, sang, schrie Tag und Nacht, zerstörte Gegenstände, prügelte auf ihre Umgebung los und reihte die Worte zusammenhangs- und sinnlos aneinander, ja manchmal stiess sie nur ungeordnete Vocale und Consonanten hervor, ohne dass daraus ein Wort sich hätte construiren lassen. Zwischendurch wiederholten sich aber Aeusserungen wie: sie sei Königin, bald Königin von Sachsen, bald Königin von Württemberg. In dieser heiteren, tobsüchtigen Erregung mit gehobenem Selbstgefühl und ab und an auftauchenden Ueberschätzungsideen blieb sie fast 7 Monate lang, dann machte hier und da eine mehr deprimirte Stimmung sich geltend und in dieser traten dann Aeusserungen zu Tage, welche in gewisser Weise bereits Verfolgungsideen enthielten, z. B. sie sei von oben herunter ganz entzwei geschlagen, oder man wolle sie hier umbringen, man habe ja schon 40 Menschen hier gemordet. Nachdem sie so etwa 2 Monate lang bald exaltirt, bald deprimirt gewesen war, schwand die Depression wieder vollständig und es blieb nun die Exaltation constant. Patientin nannte sich nun constant eine Königin, selbst Himmelskönigin, wollte von ihrem Manne nichts mehr wissen, derselbe sei zu schlecht für eine Königin u. dergl. Gleichzeitig traten besonders unter dem Einflusse von Hallucinationen Verfolgungsideen in reichem Masse auf. Sie behauptete, man mache ihr Knacken in den Ohren und allen Körpertheilen, sie fühlte, wie ihr durch eine Schraube Schmerzen von unten in den Rücken gedreht würden und wie sie durch einen Telegraphendraht von unten herauf zermalmt würde, sie hörte, wie Andere sie beschuldigten, sie habe ihren bisherigen Mann ermordet u. s. f. Immer blieb sie Königin und Besuche des Mannes wie der Mutter vermochten an den genannten Wahnideen nichts zu ändern, sie erkannte beide nicht an.

2) Eine 42 Jahre alte, aus geistesgesunder Familie stammende Frau, welche in sechzehnjähriger Ehe siebenmal geboren und ihre Kinder immer 1½ bis 2 Jahre gestillt hatte, erkrankte am vierten Tage nach ihrer letzten Entbindung an Manie. Die Kranke war durch übermässige körperliche Anstrengungen in den letzten Jahren schon im Allgemeinen körperlich sehr reducirt und hatte noch bis wenige Wochen vor ihrer letzten Entbindung durch Waschen und Putzen im Tagelohn sich körperlich noch mehr heruntergebracht. Obwohl die Entbindung normal und leicht war, so erkrankte sie doch angeblich in Folge eines Aergers, dessen Gegenstand jedoch ohne alle Bedeutung war, am vierten Tage psychisch. Sie schwatzte zuerst ein paar Tage lang viel verwirrtes und unzusammenhängendes Zeug in ideenflüchtiger Weise durcheinander; dann aber wurde sie auch motorisch sehr erregt, sie stand beständig aus dem Bette auf, wanderte bei Tag und bei Nacht ruhelos umher, sang und lärmte laut und zerstörte Möbeln sowie andere Gegenstände, welche sie auf ihrem Wege fand oder erhaschen konnte. Diese tobsüchtige Erregung dauerte etwa 4 Wochen an, dann wurde Patientin ruhiger, aber sie fing jetzt an, die Wahnidee zu äussern, die Nachgeburt sei ihr in den Hals gefahren und sitze dort fest. Die Stimmung war hierbei durchaus keine gedrückte, sondern vielmehr eine hoch exaltirte; denn sie äusserte mit Emphase, sie sei allerdings eigentlich zum Sterben bestimmt gewesen, habe dann aber den Kreuzweg gefunden und sei von Christus gekrönt worden. Ja sie glaubte, veranlasst durch lebhafte Gesichtshallucinationen, in denen sie die Mutter Gottes und Christus mit Engeln an ihrem Bette sah, selbst schon im Himmel zu sein, und verweigerte, da sie keiner irdischen Speisen mehr zu bedürfen meinte, energisch die Nahrung. Diese Wahnideen mit dem Glauben, immer noch die Nachgeburt im Halse zu haben, blieben bei sonst ganz ruhigem

Verhalten vorherrschend und bestimmten die Kranke in ihrem Thun und Treiben. Dann fingen dieselben allmälig an, abzublassen, es stellte sich Einsicht in die Krankheit ein und Patientin erkannte die Wahnideen als falsche vollkommen an. Nach dreimonatlichem Aufenthalte in der Anstalt und dreieinhalbmonatlicher Dauer der Krankheit konnte die Kranke genesen entlassen werden.

§ 21. Eine vierte Gruppe bilden die aus **Manie und folgender Melancholie** bestehenden Krankheitsfälle. Sie sind allerdings weniger zahlreich wie die Fälle, in denen die einzelnen Phasen in umgekehrter Ordnung aufeinander folgen — unter unseren Fällen nur 4 —, aber sie sind trotzdem ebenso charakteristisch wie die Fälle von Melancholie mit folgender Manie. Ganz wie bei diesen bilden die beiden Phasen ein zusammenhängendes Ganzes und ihre Combination giebt das Krankheitsbild.

1) Eine 29 Jahre alte Ehefrau ohne hereditäre Anlage litt 7 Jahre vorher nach ihrem ersten Wochenbette mehrere Monate lang an Melancholie und genas davon. Darnach gebar sie noch zweimal und abortirte zweimal, ohne dass sie psychisch erkrankt wäre. Acht Tage nach ihrer letzten, vierten, Entbindung, die leicht und einfach verlief, wurde sie abnorm lustig und ausgelassen, schwatzte viel, machte überall Besuche u. dergl. Ganz gegen ihre sonstige Neigung und wider den Willen ihres Mannes stürzte sie sich schon vierzehn Tage nach ihrer Niederkunft in die ausgelassensten Carnevalsbelustigungen und trieb sich bis spät in die Nacht hinein mit den Tollsten mit herum. Ihr Thun und Treiben wurde immer ungebundener, ihre Unruhe grösser, ihr Schwatzen immer unzusammenhängender, sinnloser und ideenflüchtiger, bis sie Tag und Nacht ohne Unterbrechung lärmte und tobte. So dauerte es etwa 5 Monate

lang. Hiernach wurde sie ruhiger, blieb aber noch längere Zeit äusserst unbesinnlich und benommen; dann trat gelegentlich eine gedrückte Stimmung mit Weinen und Aeusserungen von Sehnsucht nach der Heimath und zuletzt eine tiefe Depression ein. Die Kranke klagte und jammerte beständig, hatte vor Angst nirgends Ruhe, konnte nicht schlafen u. s. w. Dieser Zustand von Melancholie dauerte wiederum 4 Monate, dann wurde Patientin gehaltener in ihrem Wesen, klarer in ihrer Erinnerung, einsichtiger in ihren Zustand und verständiger in der Auffassung ihrer Verhältnisse und nach ferneren 1 ½ Monaten konnte sie genesen entlassen werden.

2) Eine 21 Jahre alte Frau, deren Tante und Oheim väterlicher Seite geisteskrank waren, erkrankte fünf Tage nach ihrer ersten leichten Entbindung bei sonst normal verlaufenem Wochenbette an Manie. Sie klagte zuerst über Zahnschmerz, schilderte aber in der heitersten Laune und mit grossem Wortreichthum, wie derselbe entstanden sei und welche Ausbreitung er gewonnen habe. Auf diese abnorme Geschwätzigkeit folgte dann heiteres Singen und Reimen; Patientin sang meistens eine und dieselbe Melodie, indem sie in derselben das zusammenhangloseste Zeug nach einander vortrug. Gleichzeitig wurde sie motorisch erregt, ging beständig umher, tanzte, wischte unaufhörlich mit den Händen, scharrte mit den Füssen, schnitt Gesichter u. s. f. Dieser Zustand währte volle 3 Monate, dann wurde die Kranke ruhiger und sprach weniger und zusammenhängender. Darauf stellte sich bei der im Allgemeinen noch heiteren Stimmung von Zeit zu Zeit eine weinerliche Stimmung ein; allmälig schwand erstere immer mehr und es trat an ihre Stelle eine tiefe melancholische Verstimmung, die sich so sehr steigerte, dass die Kranke wiederholt energische Selbstmordversuche machte. Erst nach 8 Monate langem Bestehen

schwand die Melancholie und machte einem normalen Verhalten Platz.

§ 22. Haben wir in Vorstehendem gesehen, wie in den Puerperal-Psychosen ausser den einfachen Formen der Melancholie, Manie, des primären Wahnsinns und des Delirium acutum combinirte Krankheitsformen in zahlreichen Gruppen auftreten, so werden wir in Folgendem noch zu untersuchen haben, ob und inwiefern gewisse Verhältnisse einen Einfluss auf die Entwickelung der einzelnen Formen ausüben. Es kommt da zunächst in Frage der Einfluss der **Erblichkeit.** Um diesen festzustellen, müssen wir die Erkrankungsprocente der erblich belasteten denen der nicht erblich belasteten Puerperalen nach den einzelnen Formen vergleichend gegenüberstellen. Es erkrankten nun von unseren 71 erblich Belasteten an

einfacher Melancholie 31 = 43,6 Proc. gegen 45,3 Proc. nicht erblich Belastete,

Melancholie mit folgendem Wahnsinn 10 = 14 Proc. gegen 10,3 Proc. nicht erblich Belastete,

Melancholie mit folgender Manie 4 = 5,6 Proc. gegen 8,2 Proc. nicht erblich Belastete,

einfacher Manie 21 = 29,5 Proc. gegen 31,9 Proc. nicht erblich Belastete,

Manie mit folgender Melancholie 3 = 4,2 Proc. gegen 1 Proc. nicht erblich Belastete,

primärem Wahnsinn 1 = 1,4 Proc. gegen 1 Proc. nicht erblich Belastete,

insgesammt also an Melancholie bei den erblich Belasteten 64,8 Proc., bei den nicht erblich Belasteten 62,8 Proc., und an Manie bei den erblich Belasteten 33,8 Proc., bei den nicht erblich Belasteten 35 Procent. Da der Unterschied

zwischen den Procentsätzen der einzelnen Formen zu gering ist, als dass ihm ein besonderer Werth beigelegt werden könnte, so kann auch der Erblichkeit ein besonderer Einfluss auf die Entwickelung der einzelnen Formen nicht eingeräumt werden.

§ 23. Was den Einfluss des **Lebensalters** auf die Entwickelung der Formen anlangt, so scheint allerdings das Alter von 30—35 Jahren vorzugsweise für die Entwickelung der Melancholie zu prädisponiren, während das jüngere Alter für die Entstehung der Manie zu disponiren scheint. Aeusserst auffallend ist namentlich die besonders häufige Entwickelung des Wahnsinns aus Melancholie in dem Alter von 30—35 Jahren; in unseren Beobachtungen sind eben 55 Procent aller dieser Fälle in jenem kurzen Altersabschnitte entstanden. Ueberhaupt zeigt die in **Tabelle 1** erfolgte Zusammenstellung, dass für die Entwickelung des Wahnsinns aus Melancholie das Alter nach dem 30sten Jahre den besten Boden bietet, während umgekehrt die Combination von Melancholie und Manie vor dem 35sten Jahre am häufigsten auftritt. Ebenso möchte ich darauf aufmerksam machen, dass beide Fälle von primärem Wahnsinn in dem Lebensalter zwischen 30 und 35 Jahren entstanden sind. Vergleichen wir die statistischen Berichte der Siegburger Anstalt aus den letzten 7 Jahren mit der in Tabelle 1 erfolgten Zusammenstellung, so befanden sich von den **389** an **Melancholie** erkrankten weiblichen Kranken überhaupt im Alter von:

20—25	Jahren	58 = 14,9	Proc.	gegen	15,1	Proc. der	Puerperalen
25—30	„	65 = 16,7	„	„	22	„ „	„
30—35	„	62 = 15,9	„	„	26,7	„ „	„
35—40	„	62 = 15,9	„	„	26,7	„ „	„
40—45	„	33 = 8,4	„	„	15,1	„ „	„

von den **331** an **Manie** erkrankten Frauen im Allgemeinen im Alter von:

20—25	Jahren	77=23,2	Proc.	geg.	26,7	Proc.	der	Puerperalen
25—30	„	70=21.1	„	„	35,7	„	„	„
30—35	„	50=15,1	„	„	20	„	„	„
35—40	„	30=9	„	„	10,6	„	„	„
40—45	„	20=6	»	„	7	„	„	„

von den **230** an **Wahnsinn** d. h. den an primärem Wahnsinn und den aus Melancholie oder Manie mit Wahnsinn combinirten Formen leidenden weiblichen Kranken im Alter von:

20—25	Jahren	22= 9,5	Proc.	geg.	0	Proc.	der	Puerperalen
25—30	„	32=13,9	„	„	8,3	„	„	„
30—35	„	56=24,3	„	„	**58,3**	„	„	„
35—40	„	34=14,7	„	„	20,8	„	„	„
40—45	„	24=10,4	„	„	12,5	„	„	„

Aus diesem Vergleiche geht hervor, dass das Auftreten der Melancholie bei den geisteskranken Frauen überhaupt in dem Lebensalter von 30—35 Jahren nicht so häufig ist wie bei den Puerperalen. Es erklärt sich das daraus, dass die Zahl der Puerperalen in diesem Alter überhaupt verhältnissmässig grösser ist als die der geisteskranken Frauen überhaupt; denn von den Puerperalen befinden sich in jenem Alter 29,1 Procent, während von 1119 in Siegburg aufgenommenen geisteskranken Frauen überhaupt nur 189 = 16,8 Procent in jenem Lebensalter sich befanden. Ebenso verhält es sich mit der Differenz der Procentzahlen bei den an Manie und den an Wahnsinn erkrankten Puerperalen und den an Manie oder Wahnsinn erkrankten Frauen überhaupt.

IV. Die Prognose.

§ 24. Es ist von vielen Seiten behauptet worden, die Puerperal-Psychosen gäben eine sehr günstige Prognose. Vergleicht man einige Zahlenangaben, so könnte das in der That so scheinen; leider bestätigen aber unsere Beobachtungen diese Annahme nicht in dem Umfange. Während Macdonald 81, Gundry 56—69, Leidesdorf 50 Procent Genesung notirt, so sind unter unseren 168 Fällen nur 72 = 42,8 Procent genesen. Noch niedrigere Genesungsprocente finden wir bei Holm, nämlich nur 40 Procent. Es sind diese unsere Genesungsprocente allerdings höher wie die Genesungsprocente der Frauen im Allgemeinen — unter 1279 in den letzten 7 Jahren in Siegburg aufgenommenen Frauen sind 479 = 37,5 Procent genesen — und insofern kann man von einer relativ günstigen Prognose sprechen, doch ist die Differenz nicht so gross, als wie frühere Beobachter behauptet haben. Am besten wird folgende Zusammenstellung einen Ueberblick über die prognostischen Verhältnisse der Puerperal-Psychosen geben. Es sind von unseren 168 Kranken

genesen	72	= 42,8	Procent
gebessert	17	= 10,1	„
ungeheilt	60	= 35,7	„
gestorben	9	= 5,3	„
in Behandlung geblieben .	10	= 5,9	„

Zur Vergleichung dienen die Angaben Holm's, der als genesen 40 Proc., gebessert 19,3 Proc., ungeheilt 13,1 Proc., gestorben 12,1 Proc. und in Behandlung geblieben 15,1 Proc. notirt, und die Angaben Leidesdorf's, der als genesen

50 Proc., ungeheilt 40 Proc., gestorben 5 Proc. und in Behandlung geblieben 5 Proc. aufführt. Da die früheren Schriftsteller, welche so hohe Genesungsprocente angeben, gar keine Angaben über die Procente der Besserung machen, während die Rubrik der Gebesserten bei den neueren Beobachtern noch immer ziemlich hohe Procentsätze enthält, so scheint man in der neueren Zeit wohl skeptischer bei der Unterscheidung in Genesung und Besserung zu verfahren als früher.

§ 25. Gross ist der Unterschied der Genesungsprocente zwischen den einzelnen **Formen** der Puerperal-Psychosen. Bei weitem die günstigste Prognose bietet die **Manie**; von ihr sind bei unseren Kranken **62** Procent genesen, während von Melancholie nur 33,6 Procent genesen sind. Vergleichen wir diese Procente mit den Genesungsprocenten der fraglichen Formen bei den Frauen im Allgemeinen, so ist das Genesungsverhältniss bei der Manie der Puerperalen ein weit günstigeres und das bei der Melancholie der Puerperalen ein ungünstigeres, da von 469 an Manie erkrankten Frauen überhaupt 264 = **56**,2 Procent und von 477 an Melancholie erkrankten Frauen 187 = 39 Procent genesen sind. Unter den mit Melancholie begonnenen Psychosen geben die als einfache Melancholie verlaufenden Fälle die bei weitem günstigste Prognose, während die combinirten Fälle eine sehr ungünstige Prognose geben; am ungünstigsten sind insbesondere die Fälle von Melancholie mit folgendem Wahnsinn, denn von diesen 20 sind alle ungeheilt geblieben. Speciell sind von den an einfacher Melancholie Leidenden 74 genesen 35 = 47,3 Procent und gebessert 10 = 13,5 Procent, von den an Melancholie mit folgender Manie sind genesen 1 = 8,4 Procent und gebessert 3 = 25 Procent. Bei weitem günstiger sind die mit Manie beginnenden combinirten Fälle, denn von den an Manie mit

folgender Melancholie leidenden 4 sind 3 = 75 Procent genesen und 1 = 25 Procent gebessert; ebenso ist von den beiden an Manie mit folgendem Wahnsinn Leidenden eine genesen. Von den an einfacher Manie leidenden 52 sind 32 = 61,6 Procent genesen und 3 = 5,8 Procent gebessert. Die beiden an primärem Wahnsinn Leidenden sind ungeheilt geblieben und die an Delirium acutum Leidende ist gestorben cf. **Tabelle 2.**

§ 26. Ein besonderer Einfluss der **Erblichkeit** auf die Prognose ist in den beobachteten Fällen nicht zu constatiren; denn die 1 Procent betragende Differenz zwischen den Genesungsprocenten der erblich belasteten puerperalen Geisteskranken und denen der erblich belasteten geisteskranken Frauen überhaupt ist zu gering, um irgend welchen Werth darauf legen zu können. Unter 624 erblich belasteten geisteskranken Frauen unserer Anstalt genasen nämlich 239 = 38,3 Procent und von unseren 71 erblich belasteten Puerperalen genasen 28 = 39,4 Procent. In den einzelnen Formen macht sich freilich ein nicht unwesentlicher Unterschied zwischen den erblich belasteten und den nicht erblich belasteten Puerperalen geltend, denn bei den ersteren ist unter den an Melancholie Erkrankten das Genesungsverhältniss um 13,3 Procent niedriger und unter den an Manie Erkrankten um 7,8 Procent höher als bei den nicht erblich Belasteten, da von unseren erblich belasteten 46 an Melancholie Erkrankten 12 = 26 Procent und von unseren 24 erblich belasteten an Manie Erkrankten 16 = 66,6 Procent genasen. Die genaueren Zahlen giebt nach den einzelnen Formengruppen geschieden **Tabelle 3.**

§ 27. Auch bei unseren Psychosen bewahrheitet sich wieder die Erfahrung, dass die Prognose um so günstiger ist, je kürzere Zeit von der Entstehung bis zur Aufnahme verflossen ist; denn es sind von unseren bei der Aufnahme

unter 1 Monat	kranken	46	genesen	29 =	63 Procent
1—2 „	„	30	„	18 =	60 „
2—3 „	„	17	„	10 =	57,6 „
3—4 „	„	17	„	9 =	53 „
4—5 „	„	8	„	1 =	12,5 „
5—6 „	„	8	„	2 =	25 „
6—7 „	„	11	„	2 =	18,2 „
über 7 „	„	31	„	1 =	3,6 „

cf. **Tabelle 4.**

§ 28. Es bestätigen unsere Beobachtungen vollkommen diejenigen Gundry's, der nachgewiesen, dass bei den nachfolgenden Anfällen der Krankheit die Prognose in der Regel günstiger ist als bei dem ersten. Nach seinen Mittheilungen genasen von 55 im ersten Anfalle in seine Behandlung Gekommenen 35 = 63,6 Procent und starben 5 = 9 Procent; in 30 Recidivfällen genasen 22 = 73,3 Procent und starb 1. In unseren Fällen sind von 129 zum ersten Male Erkrankten genesen 49 = 38 Procent, während von 39 Recidivfällen 23 = **59** Procent genasen. Obwohl die absoluten Grössen unserer Zahlen wesentlich von denen Gundry's differiren, so ist doch unser Zahlenverhältniss für die Recidivfälle prognostisch noch weit günstiger als das Gundry's. Wenn letzterer die besondere Günstigkeit der Prognose bei den Recidiven als den Puerperal-Psychosen eigenthümlich hinstellt, so ist das nicht begründet; denn ganz allgemein bieten die Recidive in den Psychosen eine günstigere Prognose, und zwar ist das Verhältniss unter gleichen Bedingungen ganz übereinstimmend. Zum Beweise führe ich nur an, dass in unserer Anstalt von 1119 (es ist dies die Summe der in den letzten 7 Jahren in Siegburg aufgenommenen zum **ersten** Male erkrankten Frauen) zum **ersten** Male erkrankten Frauen 386 = **34,4** Procent genesen sind, während von 160 an Recidiven Leidenden 93 = **58** Procent

genasen. Ich habe zur Vergleichung hier immer nur die geisteskranken Frauen gewählt, weil bei ihnen alle Vorbedingungen gleichmässiger sind; doch verhält sich die Sache ebenso bei den Männern, abgesehen davon, dass die Genesungszahlen absolut niedriger sind. Es sind z. B. von 995 zum ersten Mal erkrankten Männern genesen 215 = 21,6 Procent, von 119 wiederholt erkrankten Männern dagegen 55 = 46 Procent. Die näheren prognostischen Verhältnisse zwischen dem ersten Anfalle und den Recidiven namentlich auch nach den Formen ergiebt die Zusammenstellung in **Tabelle 5.** Es geht aus derselben hervor, dass die Formen der Geistesstörung keinen besonderen Einfluss auf die Prognose der Recidive gegenüber den ersten Erkrankungen ausüben; denn von 65 zum ersten Mal an einfacher Melancholie Leidenden sind 25 = 38,4 Procent, von 19 zum wiederholten Mal an Melancholie Leidenden 10 = 52,6 Procent genesen. Ebenso sind von 36 zum ersten Mal an einfacher Manie Leidenden 20 = 55,5 Procent und von 18 wiederholt an einfacher Manie Leidenden 13 = 72,2 Procent genesen.

V. Die Dauer.

§ 29. Die Durchschnittszeit, in welcher die mit Genesung endenden Puerperal-Psychosen ablaufen, beträgt 9,2 Monat. Es macht sich jedoch ein nicht unwesentlicher Unterschied bei den verschiedenen Formen geltend, indem die an Manie Erkrankten kürzere Zeit zur Genesung bedürfen wie die an Melancholie Erkrankten; erstere genesen nämlich durchschnittlich in 7,9 Monaten und letztere durchschnittlich in 10,7 Monaten. Die grösste Zahl genest in

dem Zeitraum von 6, 7 und 8 Monaten. Die nicht in Genesung übergehenden Fälle bedürfen zu ihrer wesentlichen Besserung einer ungleich längeren Zeit, denn von unseren 17 Fällen trat nur bei 7 die Besserung vor Ablauf eines Jahres ein, während 10 mehr als ein Jahr dazu gebrauchten. Die mit dem Tode endigenden Fälle haben fast alle in verhältnissmässig kurzer Zeit mit dem Tode geendigt, vier sogar innerhalb 2 Monaten. Cf. **Tabelle 6.**

VI. Pathologische Anatomie.

§ 30. Wenn die pathologische Anatomie der Psychosen im Allgemeinen trotz den eifrigsten Forschungen doch noch erst in ihren Anfängen begriffen ist, so ist das namentlich auch für die Puerperal-Psychosen der Fall. Allgemeine charakteristische anatomische Merkmale für die Puerperal-Psychosen sind bisher nicht gefunden worden; nur Arndt giebt in seinem oben angeführten Aufsatze pag. 198 u. 199 eine anatomische Schilderung seiner angeborenen psychopathischen Diathese. Da dieser Aufsatz an einem den Psychiatern wenig zugänglichen Orte steht, so erlaube ich mir, die fragliche Beschreibung in Folgendem hier wiederzugeben. Arndt findet den letzten Grund für die angeborene psychopathische Diathese in einer Entwickelungshemmung des Nervensystems und besonders des psychischen Organes selbst und fährt fort:

„Dadurch, dass durch irgend welche depotenzirende Ein-
„wirkung es (das Nervensystem) in seiner Ernährung
„beeinträchtigt wurde, konnte es sich nicht so energisch
„entwickeln, als es sonst wohl der Fall gewesen sein
„möchte. Nur langsam formte es sich aus den vorhan-

„denen Bildungszellen heraus, blieb dabei in seinen ein-
„zelnen Theilen nicht bloss kleiner und zarter als ge-
„wöhnlich, sondern erreichte auch sonst nicht den Grad
„von Ausbildung, zu dem es der Regel nach kommen
„sollte. Es verharrte vielmehr auf einer früheren Bil-
„dungsstufe und bewahrte damit einen dem embryonalen
„Charakter näher stehenden, als es normal ist. Ein Klein-
„bleiben des Gehirns in toto oder in einzelnen seiner
„Theile, vornehmlich also wieder der Grosshirn-Hemi-
„sphären oder einzelner Abschnitte derselben, z. B. ihrer
„Oberflächen, der Windungen, oder des Stirn-, resp. des
„Hinterhauptlappens, das ist die schon macroscopisch
„wahrnehmbare Folge davon. Microscopisch zeigen so-
„wohl die Nervenfasern als namentlich auch die Ganglien-
„körper selbst noch im späteren Leben einen unentwickelten
„Typus, ähnlich dem, wie er bei Neugeborenen oder bei
„Kindern in den ersten Lebensjahren vorkommt, bei
„niederen Thieren, Fischen, Amphibien und selbst vielen
„Vögeln und Säugern für das ganze Leben das ständige
„ist, und der, soweit meine bisherigen Erfahrungen reichen,
„darin besteht, dass die Markscheiden der Nervenfasern
„dünn und häufig von dunkeln Kügelchen durchsetzt er-
„scheinen, wie bei der überwiegenden Mehrzahl sympa-
„thischer Fasern, dass die Axencylinder derselben viel-
„fach mit kernartigen Gebilden besetzt erscheinen und
„Ganglienkörper sich nicht aus dem sie umgebenden Ge-
„webe gehörig herausgebildet haben, sondern mit ihm
„noch mehr verschmolzen sind oder auch gänzlich fehlen
„und durch ihre Vorläufer, sogenannte Kornzellen, ver-
„treten werden. Auch die Bindesubstanz und die ihr
„zugehörigen Gewebe scheinen öfters an dieser geringen
„Ausbildung zu participiren. Die Gefässe erscheinen
„dünner und zarter, ihre Adventitia glatt, während sie
„sonst mit faserartigen Bildungen reichlich besetzt ist.

„und auch die sonstigen fibrillären Bildungen, welche „vorkommen, in den betroffenen Partien sparsam, dünn „und schmächtig. Statt eines geformten Bindegewebes „findet man reichlicher ein formloses, zumal in der Nähe „der Gefässe. Dasselbe ist kernreich, sieht glasig-gall„ertig aus, ist von dunkleren Körnchen, Kügelchen, „Strichen durchsetzt und besteht ganz aus embryonalen „Zellen, die nur sehr schwer, im concreten Falle auch „gar nicht von dem umgebenden Nervengewebe zu unter„scheiden sind und namentlich nicht von den Kornzellen, „deren wir gedacht haben."

Von allen diesen angeführten Eigenthümlichkeiten fand sich in unseren Fällen Nichts. Die Gehirne waren vielmehr meistens symmetrisch, gleichmässig entwickelt und oft sehr windungsreich; die einzelnen histiologischen Bestandtheile des Gehirns, wie Ganglienkörper, Nervenfasern, Bindegewebe u. s. w. waren vollkommen gut präformirt.

§ 31. Der Umstand, dass der Ausgang in den Tod nur äusserst selten während der Schwangerschaft selbst, sondern fast immer, selbst bei den Schwangerschafts-Psychosen, nach der Entbindung erfolgt, hat zur Folge die Unmöglichkeit, zu erforschen, sowohl welche Veränderungen in den Centralorganen während der Schwangerschaft vielleicht der Geistesstörung zu Grunde liegen, als auch ob eventuelle Abnormitäten der Geschlechtsorgane, der Frucht u. s. w. vorhanden sind.

In der Regel ist es Tuberculosis pulmonum, resp. auch intestinorum, welche den Tod herbeiführt — unter unseren 9 Todesfällen 7 Mal; sehr selten sind es acute Krankheiten. Die Tuberculose schliesst sich, namentlich wenn dieses Leiden in der Familie erblich ist, einfach der vorhandenen Anämie an.

Pathologische Veränderungen des Geschlechtsapparates

finden sich nur sehr selten. Zuweilen ist der Uterus wohl nicht ganz in dem Masse verkleinert, wie er sonst wohl im Vergleich zu der nach der Entbindung verflossenen Zeit verkleinert zu sein pflegt; doch ist die Differenz nicht so gross, dass ihr ein grosses Gewicht beigelegt werden könnte. Ebenso finden sich Lagenveränderungen, Descensus, Knickungen, Atrophie etc. nur äusserst selten.

§ 32. Was den Schädel und seinen Inhalt anlangt, so finden sich, namentlich hinsichtlich des letzteren, allerdings mehr und auch in mancher Beziehung charakteristische Abnormitäten. Der Schädel ist hin und wieder einmal etwas unsymmetrisch, doch nicht so hochgradig, dass diesem Umstande eine besondere Beziehung zu dem fraglichen Irresein beigelegt werden könnte. Die tabula vitrea des Schädeldaches zeigt nicht selten frische, flach ausgebreitete Osteophyten-Bildungen besonders im Stirntheile. Die Dura mater zeigt selten ausser hier und da einmal auftretenden Adhärenzen etwas Besonderes. Anders ist es dagegen mit den weichen Hirnhäuten und dem Hirn selbst. Diese bieten namentlich je nach der Art und Form des jedesmaligen Irreseins mehr und auch charakteristische Eigenthümlichkeiten.

§ 33. Bei den an **Melancholie** leidenden Frauen finden wir die weichen Häute zart, dünn, blutarm, leicht zerreisslich und nur locker an der Hirnrinde hängend. Der Subarachnoidealraum oder epicerebrale Lymphraum (Henle) ist stark gefüllt mit klarer, nicht ganz wasserdünner Flüssigkeit. Die Hirnrinde ist blass und auf dem Durchschnitte wässerig glänzend, die Marksubstanz arm an Blutpunkten und ebenfalls auf dem Durchschnitt feucht glänzend. Die microscopische Untersuchung der Hirnrinde ergiebt die Befunde, welche ich von den an einer consumirenden Krankheit in Melancholie verstorbenen Geisteskranken beschrieben

habe (Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. XXVI, Heft 4 und 5): Neuroglia arm an Kernen, Ganglienzellen sehr schlank-pyramidenförmig, arm an Körnchen und eingelagert in einen weiten pericellulären Raum, Capillaren und feinere Gefässe in ihren Wandungen sehr dünn, blass und arm an Kernen, die perivasculären Lymphräume, sowohl die adventitiellen der feineren Gefässe wie die freien der Capillaren, gleichmässig erweitert.

§ 34. Bei den Frauen, welche an **Manie** gelitten, finden sich die deutlichsten Zeichen einer lebhaften Mitbetheiligung der Meningen. Hier sind die weichen Häute in der Regel über den Frontallappen, ab und an auch über den Parietalwindungen, selten über den Occipitalwindungen von zahlreichen kleinen und feinen stark gefüllten Gefässen durchzogen und sehr oft auch schon getrübt und verdickt. Die Hirnwindungen sind meistens mehr oder weniger stark unter einander verklebt. Der Subarachnoideal- oder epicerebrale Lymphraum ist hier nicht durch eine abnorme Ansammlung von Flüssigkeit ausgedehnt, sondern die weichen Häute liegen in ihrer ganzen Ausdehnung unmittelbar der Hirnrinde auf und sind besonders an den Stellen, wo sie getrübt und verdickt sind, fester mit der Hirnrinde verwachsen. Die Hirnrinde selbst ist in der Regel ebenfalls breit und blass, aber auf dem Durchschnitte nicht so wässerig glänzend. Die Marksubstanz ist fest und mehr trocken. Bei der microscopischen Untersuchung der Theile der Hirnrinde insbesondere, an welchen eine Verklebung oder Verwachsung mit den weichen Häuten stattgefunden hat, findet sich ein grosser Reichthum an kleinen Gefässen, welche von den Meningen in die Hirnrinde sich eine Strecke weit hinein verfolgen lassen. Zwischen diesen Gefässen liegen namentlich in der oberflächlichen Körnerschicht und selten tiefer als bis durch die oberste Ganglienzellenschicht verbreitet

zahlreiche Kerne und in besonders grosser Zahl kleine runde Zellen mit kleinem hellglänzenden Kerne zerstreut. Besondere Veränderungen an den Gänglienzellen und den Gefässen selbst finden sich in der Regel nicht.

§ 35. Bei dem hier beobachteten Falle von **Delirium acutum** ergab die Section Folgendes: Schädel compact mit wenig Diploë. Dura mater mit dem Schädel fest verwachsen. Schädelgefässe stark mit Blut gefüllt. Hirn 1180 Gramm schwer und sehr windungsreich. Hirnwindungen unter einander verklebt. Die weichen Häute zart, aber etwas blutreich, liegen der Hirnrinde überall fest auf. Subarachnoidealraum leer. Hirnrinde in den Frontal- und Parietal-Windungen lebhaft geröthet. Marksubstanz fest, blutarm, aber nicht ödematös. Bei der microscopischen Untersuchung fanden sich ähnliche Befunde wie die bei der Manie geschilderten, nur war die Einlagerung von kleinen runden Zellen mit kleinen hellglänzenden runden Kernen in die Neuroglia nicht nur viel zahlreicher, sondern sie erstreckte sich auch durch die ganze Hirnrinde hindurch. Ausserdem fand sich ein Retropharyngeal-Abscess, im oberen Lappen der linken Lunge eine wallnussgrosse graurothe Verdichtung des Gewebes, mehrere kleine Nierenabscesse und in der rechten Mamma ein Eiterherd mit etwa 600 Grm. dicken, käsigen Eiters.

VII. Behandlung.

§ 36. Sind die bei Besprechung der Aetiologie als causale Momente aufgeführten Verhältnisse und Thatsachen wirklich die unsere Psychosen vorbereitenden und bedingenden, so ist damit auch der Weg für die Behandlung gewiesen, und es würde dieselbe zerfallen müssen in die Prophylaxis und die Behandlung der wirklich ausgebrochenen Geistesstörung.

Die **Prophylaxis** ist nach dem oben Gesagten eine sehr einfache. Sie muss zunächst fordern, dass diejenigen weiblichen Individuen, welche zur Ehe schreiten wollen, — ich beschränke mich auf dieses einzige sociale Verhältniss, für welches Religion, Sitte und Staat die puerperalen Zustände sanctioniren — körperlich hinreichend vorentwickelt seien. Für die eingetretene Schwangerschaft fordert unser Gesichtspunkt ausser dem Fernhalten aller schwächenden Schädlichkeiten eine ausgiebige leicht verdauliche, aber kräftige Nahrung und eine sachgemässe Pflege des Körpers. Hat die Entbindung stattgefunden, so kommt es darauf an, durch hinreichend langes ruhiges Verhalten den Eintritt und die Regelung der Wochenbetts-Secretionen abzuwarten, zugleich aber auch wiederum durch leicht verdauliche, aber kräftige Nahrung den durch die Entbindung etc. gesetzten Verlust zu ersetzen. Dazu können nun freilich die bei uns leider gewohnheitsmässigen „Wochensüppchen“ nicht dienlich erscheinen, sondern es werden, wenn man auch auf englischen Beaf-tea verzichten will, doch kräftigere Nahrungsmittel, z. B. Milch, Bouillon, Bouillon mit Ei, leicht gebratenes Fleisch etc. immerhin empfehlenswerther sein; wenigstens

sprechen die Beobachtungen von Kleinwächter am angeführten Orte, der durch kräftige Ernährung der Wöchnerinnen den Gewichtsverlust im Wochenbette bedeutend verringerte, vollkommen für die hier geäusserte Auffassung. Für die Säugungsperiode ist als Grundsatz hinzustellen, dass keine Frau, wenn sie nicht wirklich gesund und kräftig ist, das Säugungsgeschäft selbst übernehmen und dass sie jedenfalls das Säugen sofort einstellen sollte, wenn sie bei kräftiger Nahrung sich doch dadurch geschwächt fühlen sollte; immer aber ist das zu lange fortgesetzte Säugen in hohem Grade verwerflich.

§ 37. Auch der **Behandlung** der wirklich geisteskrank gewordenen Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden ist nach dem oben Gesagten der Weg vorgeschrieben. Es gilt auch hier vor Allem, die heruntergekommene Ernährung zu heben und die vorhandene Anämie zu beseitigen. Ob bei sehr rasch eingetretener hochgradiger Anämie eine Transfusion vorzunehmen sei, wird von der Beurtheilung der Operation und ihres Werthes überhaupt abhangen; es soll einigemal eine günstige Wirkung beobachtet sein. Sonst sind die Kranken zunächst den Schädlichkeiten, welche auf sie eingewirkt haben, zu entziehen und in eine ruhige zweckentsprechende Pflege zu bringen. Dann ist die Hebung der Ernährung durch eine passende Nahrungszufuhr anzustreben; auch hier müssen die dem Zwecke entsprechenden Speisen kräftig und leicht verdaulich sein. Leider machen nun aber die Verdauungsstörungen und ganz besonders häufig Magencatarrhe, welche entweder schon von vornherein vorhanden sind und die Ernährung rasch so hochgradig herabsetzen, oder aber erst später in Folge der so häufig vorhandenen Nahrungsverweigerung auftreten, diese intensive Ernährung im Anfange vollkommen unmöglich. In diesem Falle sind natürlich zunächst jene Verdauungsstörungen durch eine

zweckmässige medicamentöse Behandlung zu beseitigen. Die Nahrungsverweigerung, welche bald durch Wahnideen, bald durch Hallucinationen, perverse Geschmacksempfindungen etc. bedingt und unterhalten wird, ist oft so hochgradig und der durch sie hervorgerufene oder wenigstens bedeutend verschlimmerte Magencatarrh so intensiv, dass jede noch so geringe Quantität von Speisen sofort regurgitirt und eine wirkliche Ernährung fast unmöglich wird. Diese die Behandlung so sehr erschwerenden Zustände sind fast immer die Folge der bereits zu lange fortgesetzten absoluten Enthaltsamkeit von Speisen und werden am leichtesten durch frühzeitige Zwangsfütterung vermieden. Man sollte mit derselben nie länger warten wie 3, höchstens 4 Tage absoluter Abstinenz, da von dieser Zeit an bereits sich Magencatarrh entwickelt, welcher durch den ihn begleitenden Verlust des Hungergefühls und durch das gleichzeitig mit auftretende Ekelgefühl die Nahrungsverweigerung sehr erleichtert. Längere Abstinenz bringt wirklich das Leben in Gefahr und es wird desshalb, wer bei möglichster Befolgung des Non-restraint-Systems die Zwangsfütterung perhorrescirend wiederholt auf dem Sectionstische bei Nahrungsverweigernden als einzige Todesursache den Mangel an Nahrung fand, ohne Rücksicht auf den Einwand, es sei restraint, zur Schlundsonde greifen und zwangsweise füttern. Die Art der Zwangsfütterung, ob durch die Nase oder durch den Mund, ist ziemlich gleichgültig; nur ist bei der Fütterung von Kranken, welche schon ziemlich lange und energisch die Nahrung verweigert haben, zu empfehlen, dass die nährende Flüssigkeit sehr langsam eingebracht werde, da bei rascher Füllung des Magens nach Einführung einer gewissen Quantität Alles wieder regurgitirt wird. Sollte trotz aller Vorsicht doch alles durch die Schlundsonde Eingeführte wieder regurgitirt werden, so nützt es oft, zuerst eine ganz kleine Portion mit 5—6 Tropfen Chloroform

durch die Sonde einzugeben und einige Zeit darnach die eigentliche Fütterportion folgen zu lassen. Hilft auch dies nicht, so ist die Ernährung durch Clysmata zu versuchen. Als nährende Flüssigkeit empfiehlt sich bei der Zwangsfütterung Milch mit Eiern, abwechselnd mit Bouillon mit Eiern und Leguminose-Abkochung mit Extr. carnis frigide paratum.

Für die medicamentöse Behandlung weist uns das Grundleiden bei den Puerperal-Psychosen in erster Linie auf die **Tonica** hin. In den meisten Fällen gestatten allerdings die vorhandenen Verdauungsstörungen nicht von Anfang an die Anwendung der Eisenpräparate und es muss daher erst eine Kräftigung durch leichtere Mittel, wie Wein, Chinawein, Chinin vorhergehen; dann aber sind die Eisenpräparate, z. B. Ferr. lact. c. Calc. phosphor. et Magnes. carb., Ferr. p. hydrogen. reduct. c. Pulv. calami, Ferr. dialys. etc. an ihrem Platze. Sind die Kranken misstrauisch gegen Medicamente und erregt namentlich der metallische Geschmack der Eisenpräparate den Verdacht, vergiftet zu werden u. dgl., so gelingt es meistens, das Eisen als Ferr. oxyd. sacch. mit Chocolademasse in Pastillenform beizubringen.

Von früheren Autoren finden sich verschiedene Mittel gegen die Puerperal-Psychosen angepriesen; es sind Narcotica, deren Anwendung durch die Schlaflosigkeit und Unruhe der Kranken veranlasst ist. So hat Waters loco cit. das Chloroform, und Engelken (Correspondenzblatt für Psychiatrie 1862. 19) das Opium in Gaben bis selbst zu 16 Gran empfohlen. Ausser diesen ist noch das ganze andere Heer der Narcotica in ihren verschiedensten Applicationsweisen vielfach im Gebrauch, namentlich aber Morphium in der Form von subcutanen Injectionen, und Chloralhydrat. Ich kann nach meinen Erfahrungen vor der frühzeitigen und fortgesetzten Anwendung dieser Beruhigungsmittel nur warnen. Da mit der Anwendung derselben das Grundleiden doch

nicht gehoben wird und die Kranken sich rasch daran gewöhnen, so ist man sehr bald genöthigt, mit der Dosis mehr und mehr zu steigen, bis endlich die Höhe erreicht ist, in der jene Mittel entschieden nachtheilig wirken. Die Kranken werden und bleiben dadurch in hohem Grade geistig benommen. Die Anwendung der Narcotica ist nur für einzelne Fälle symptomatisch gerechtfertigt. Es sind dies namentlich die Fälle von Melancholie, bei welchen eine beständige hochgradige Jactation einhergeht mit rascher und rapider Abmagerung; in diesen Fällen ist es wohl gerechtfertigt, wenn diese Jactation wirklich sehr hochgradig wird, ab und an eine Dosis Chloral von 2—3 Grm. zu reichen oder eine subcutane Injection von Morph. 2—3 Ctgrm. zu machen.

§ 38. Sonst ist die Behandlung der Schlaflosigkeit und Unruhe sehr zu differenziren, je nach der Form der Geistesstörung, in welcher sie auftritt. In den mässigen Fällen einfacher Melancholie sind beide Uebel nicht so bedeutend, dass sie eine besondere Aufmerksamkeit erforderten; es genügt in der Regel ein abendliches lauwarmes Bad von 26 Grad Wärme und 10—15 Minuten Dauer, um Ruhe und auch Schlaf herbeizuführen. Ist die Schlaflosigkeit und ängstliche Unruhe stärker, so genügt dieses einfache kurze Bad nicht, statt der Narcotica empfiehlt sich aber vielmehr eine abendliche Dosis von etwa 300 Gramm guten Weines. Nur in den Fällen von Melancholie, in denen die Unruhe bedingt und erhalten wird durch abnorme Gefühlsempfindungen, ist die Anwendung subcutaner Injectionen von Morphium von wohlthätiger Wirkung.

§ 39. Die bei den Maniakalischen auftretende nächtliche Unruhe geht meistens einher mit einer vermehrten Herzaction und mit zeitweisen in der Regel rasch wieder vorübergehenden Kopfcongestionen; gegen sie empfiehlt sich ein abendliches laues Bad von etwa halbstündiger Dauer mit

gleichzeitiger Application von kalten Ueberschlägen auf den Kopf bei vorhandenen Congestionen. Ist die Herzaction sehr vermehrt und daneben die Unruhe sehr gross, so hat eine Gabe von Tinct. Digital. Gutt. XV. meistens die gewünschte, beruhigende Wirkung, indem sie nicht blos die Herzaction herabsetzt, sondern wirklich als Somniferum wirkt. Das in neuerer Zeit empfohlene milchsaure Natron ist von keiner Schlaf machenden Wirkung.

§ 40. Die im Gegensatze hierzu die Melancholia cum stupore begleitende Willens- und Bewegungslosigkeit fordert bei der Behandlung im Allgemeinen zur Application von Reizmitteln auf, doch ist deren Anwendung erst indicirt, wenn die Ernährung sich bereits einigermassen gehoben hat. Es ist daher rathsam, wenn man zur Anwendung von Reizmitteln schreitet, mit den leichtesten wie kurzen lauen Bädern zu beginnen und erst später zu kalten Abreibungen am Morgen, kalten Uebergiessungen im warmen Bade und zum türkischen Bade — letzteres namentlich bei gleichzeitig vorhandener Amenorrhoea — zu schreiten. Am meisten und längsten bleibt die Ernährung in der Regel in den Fällen zurück, welche, wie die hochgradige cyanotische Verfärbung der äusseren Haut an den Händen, Füssen, Ohren etc., das Oedem und die Kälte der Extremitäten, der Pulsus tardus und die Abflachung der sphygmographischen Curvenspitzen u. s. w. beweisen, mit einer grossen Verlangsamung und Abschwächung der Blutcirculation gepaart sind. In diesen letzteren Fällen empfehlen sich die kalten, nassen Einwickelungen (Packing in the Wet Sheet); durch mehrwöchentliche, tägliche, mehre Stunden währende Anwendung wird, wie die von Röchling*) in hiesiger Anstalt beob-

*) Röchling, über die Wirkung nasser Einwickelungen bei den mit Stupor behafteten Melancholikern. Inaugural-Dissertation, 1876 Bonn, bei J. F. Carthaus.

achteten und publicirten Fälle beweisen, eine normale Blutvertheilung wieder hergestellt, der Stoffumsatz angeregt, die Production der Eigenwärme vermehrt und der Kräfte- und Ernährungszustand gehoben.

Die nach Hebung der Körperkräfte und Ernährung bei den Melancholischen oft noch lange Zeit bestehen bleibenden abnormen Sensationen und krankhaften Schmerzgefühle schwinden häufig nach Application des constanten Stromes, oder, die Abwesenheit von Contraindicationen vorausgesetzt, nach Anwendung einiger russischer Bäder.

§ 41. Die nach dem Wochenbette oft ungewöhnlich lange andauernde Amenorrhoea verliert sich in der Regel von selbst mit der Zunahme des Körpergewichtes; sollte dieselbe nach völliger Restitution des Körpergewichtes doch noch fortbestehen, so würde sie durch Fussbäder und leichte Emenagoga etc. zu beseitigen sein. Gegen die eigenthümlichen Reizzustände im Geschlechtsapparate, welche die im Wochenbett an Melancholie mit Stupor leidenden Kranken zu jenen heftigen Masturbationsbewegungen veranlassen, empfehlen sich am meisten kalte Sitzbäder. Die in der Lactationsperiode namentlich häufiger auftretenden Lagen- und Formveränderungen des Uterus etc. erfordern eine sehr vorsichtige Behandlung, da eingreifende manuelle und instrumentale Eingriffe in der Regel nicht ertragen werden, sondern als zu grosse Reize meistens die Geistesstörung verschlimmern und unterhalten. Die Geistesstörung ist eben nicht einfach als eine Reflexäusserung, ausgehend von diesen örtlichen Leiden, zu betrachten. Es ist daher vorzuziehen, durch zweckmässige Lagerung der Kranken dem Uebel entgegenzuwirken. Fast nie ertragen unter Anderem die Kranken während des Bestehens der Geistesstörung die Application von Hysterophoren u. dergl. bei Uterus-Vorfällen sondern fast immer werden sie durch deren Application in

hohem Grade erregt; es ist desshalb, so lange die Geistesstörung noch nicht wirklich gehoben ist, sogar zu empfehlen, die getragenen, wenn sie nicht sehr gut liegen, zu entfernen, nur durch eine T-Binde das Hervortreten des Uterus aus den Geschlechtstheilen zu hindern und sonst nur die subtilste Reinlichkeit zu beobachten. In ähnlicher Weise verhält es sich mit den übrigen pathologischen Zuständen des Genitalapparates.

Zweiter Abschnitt.

Die Puerperal-Psychosen nach ihren einzelnen Phasen geschieden.

A. Die Psychosen der Schwangerschaft.

I. Die Zeit der Entstehung.

§ 42. Ueber die Zeit, wann vorzugsweise in der Schwangerschaft Geistesstörung auftritt, ob im Anfange oder am Ende, herrschen unter den Beobachtern grosse Meinungsverschiedenheiten. Das allerdings scheint festzustehen, dass die schwereren Fälle von Geistesstörung, welche eine Aufnahme in der Irrenanstalt nothwendig machen, am häufigsten in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft eintreten; doch ist der Unterschied nicht so gross, wie frühere Beobachter ihn hinstellen. Wenn Tuke sagt, die Psychosen der Schwangerschaft entständen in der Mehrzahl der Fälle im dritten, fünften oder siebenten Monate, und Marcé behauptet, sie entständen fast nie vor dem vierten bis fünften Monate, so widersprechen dem sowohl Holm's wie unsere Beobachtungen. Von Holm's 15 Fällen entstand bei fünf, also bei einem vollen Drittheil, die Geistesstörung in den

drei ersten Monaten und bei unseren 32 entstand sie in dieser Zeitperiode bei acht, also bei einem Viertheil. In den drei letzten Schwangerschaftsmonaten dagegen erkrankten von unseren 32 die Hälfte, also 16, und darnach scheint allerdings die zweite Hälfte der Schwangerschaft die Entstehung der Psychosen zu begünstigen.

Von unseren 32 erkrankten		Von Holm's 15 erkrankten	
im 1. Monat	3	im 1. Monat	1
„ 2. „	4	„ 2. „	2
„ 3. „	1	„ 3. „	2
„ 4. „	2	„ 5. „	3
„ 5. „	1	„ 6. „	3
„ 7. „	5	„ 7. „	1
„ 8. „	5	„ 8. „	1
„ 9. „	5	„ 9. „	2.
„ 10. „	6		

Der Umstand, dass die Geistesstörungen vorzugsweise erst in den späteren Schwangerschaftsmonaten auftreten, spricht sehr für die Richtigkeit der oben bei der Aetiologie dargelegten Auffassung von der Entstehung der Schwangerschafts-Psychosen, indem die Psychosen um so häufiger auftreten, je länger die geschilderten schädlichen Momente eingewirkt haben. Wenn die Geistesstörung in einem früheren Monate eintrat, so waren ganz besondere Verhältnisse vorhanden, welche die frühere Entstehung beförderten. Eine kurze Mittheilung der Fälle wird das am besten erläutern.

Im **ersten** Schwangerschaftsmonate erkrankte eine 40 Jahre alte Frau, deren Geschwister geisteskrank waren, nachdem sie durch die vorhergehende siebente Entbindung bereits eine Veränderung ihres Charakters insofern erlitten hatte, als sie launisch, eigensinnig und misstrauisch geworden war. Mit dem Eintritte der achten Schwangerschaft trat zunächst Melancholie ein, welcher dann Wahnsinn folgte.

Die zweite im ersten Monate Erkrankte war eine 30 Jahre alte Frau, die während der vorhergehenden zweiten Schwangerschaft bereits eine Zeit lang an Melancholie gelitten hatte. Die dritte war eine 28 Jahre alte Frau, deren Bruder geisteskrank war und die selbst bereits mehrmals an Geistesstörung gelitten hatte, und zwar zuerst im Alter von 15 Jahren bei Eintritt der Menses und dann kurze Zeit nach der Verheirathung bei Eintritt der ersten Schwangerschaft; die zweite Schwangerschaft verlief ohne Seelenstörung, die letzte wurde wieder von Melancholie begleitet.

Von den im **zweiten** Schwangerschaftsmonate Erkrankten war die eine eine 24 Jahre alte Frau, die, zum zweiten Male schwanger, fünf Monate nach der ersten Entbindung bei Ausbruch des französischen Krieges mehrere Wochen an Melancholie gelitten hatte. Die andere, zum dritten Male schwanger, hatte im Alter von 15 Jahren bei Eintritt der Menses schon einmal an Geistesstörung gelitten. Die dritte, die schon nach der dritten Entbindung geisteskrank gewesen war, hatte vor Eintritt ihrer letzten (sechsten) Schwangerschaft an einer schweren und lange dauernden Pleuropneumonie gelitten, nach der sich Emphysema pulmonum und Insufficientia valvulae mitralis ausgebildet hatten; nachdem so zuvor bedeutende Circulationsstörungen gesetzt waren, entwickelte sich bei vorschreitender Schwangerschaft die Psychose. Die Vierte, deren Mutter und Mutterbruder geisteskrank gewesen, war fünf Monate nach ihrer ersten Entbindung schon einmal an Melancholie erkrankt; die zweite Schwangerschaft, in deren Verlauf sie wieder geistig erkrankte, war in Folge Ehebruchs eingetreten und musste sehr beängstigend und beunruhigend auf die Frau einwirken.

Die im **dritten** Schwangerschaftsmonate Erkrankte litt bereits bei Eintritt der Schwangerschaft an Tuberculosis pulmonum.

Von den beiden im **vierten** Monate Erkrankten stammte die eine von einer blödsinnigen Mutter, die andere, deren Bruder blödsinnig war, wurde zur Zeit, als sie zuletzt schwanger wurde, in eine strafrechtliche Untersuchung genommen, und vielfache gerichtliche Vernehmungen und schliessliche Verurtheilung brachten die Geistesstörung zum Ausbruch.

Es ist also in diesen Fällen die Widerstandsfähigkeit besonders herabgesetzt durch Erblichkeit, frühere Anfälle, körperlich schwächende und die Circulation beeinträchtigende Leiden und das Gemüth tief erschütternde Verhältnisse.

Wie ich bereits oben erwähnte, tritt die Geistesstörung allerdings verhältnissmässig am häufigsten während der ersten Schwangerschaft auf, doch zeigt sich auch bei der zweiten und dritten Schwangerschaft Geistesstörung nicht selten; häufig folgen auch nach einem ersten Anfalle von Geistesstörung erst eine oder mehrere normale Schwangerschaften und Entbindungen ohne jede psychische Alteration, um erst später wieder einmal mit Geistesstörung sich zu vergesellschaften. Unter unseren 32 erkrankten

in der 1. Schwangerschaft 8
„ „ 2. „ 5
„ „ 3. „ 6
„ „ 4. „ 3
„ „ 5. „ 4
„ „ 6. „ 1
„ „ 7. „ 1
„ „ 8. „ 3
„ „ 10. „ 1.

II. Besondere ätiologische Momente.

§ 43. Sind oben bereits die ätiologischen Momente im Allgemeinen besprochen, so erübrigt hier, noch einzelner besonderer zu gedenken, die bei Zusammenstellung unserer Beobachtungen die Aufmerksamkeit erregen. Auffallend ist unter Anderem das eigenthümlich häufige Auftreten von Geistesstörung in der Schwangerschaft **ausserehelich** Geschwängerter. Während nämlich unter unseren 168 Puerperalen 6,5 Procent, unter den nach der Entbindung Erkrankten 6 Procent und unter den in der Lactationsperiode Erkrankten nur 4,2 Procent ausserehelich geschwängert waren, finden sich unter den in der Schwangerschaft Erkrankten 12,5 Procent. Es beweist dies, dass der eigenthümliche Nothstand, in den die ausserehelich Geschwängerten im Allgemeinen sowie gegenüber ihren Familien und ihrer sonstigen Umgebung gerathen, einen tiefen Einfluss auf das Gemüth, das körperliche Wohlbefinden und somit auf die Entstehung der Geistesstörung hat. Ferner spielt bei den Psychosen der Schwangerschaft, wie es scheint, die Erblichkeit eine grössere Rolle als bei den Psychosen des Wochenbettes und der Lactationsperiode, denn unter unseren 32 fand sich Erblichkeit bei 15 = 47 Procent; ebenso fand sich unter 26 bei 13 = 50 Procent Erblichkeit.

III. Die Formen.

§ 44. War nach unseren Beobachtungen schon bei den Puerperal-Psychosen im Allgemeinen ein besonderes Prävaliren der **Melancholie** zu constatiren, so ist das in noch viel höherem Masse bei den Psychosen der Schwangerschaft im Besonderen der Fall, und hierin stimmen, wie wir oben gesehen haben, auch die anderen Schriftsteller überein. Von

unseren 32 in der Schwangerschaft von Geistesstörung Befallenen erkrankten an

Melancholie 27 = 84,4 Procent
Manie 5 = 15,6 „

Von den an Melancholie Erkrankten litten an

einfacher Melancholie . . . . 16 = 58,5 Procent
Melancholie mit folgender Manie . . 6 = 22,2 „
Melancholie mit folgendem Wahnsinn 5 = 18,5 „

§ 45. In ganz besonders auffallender Weise prävalirt die Melancholie bei den **erblich Belasteten**, indem von diesen 15 an Melancholie 14 = 93,3 Procent und an Manie nur 1 = 6,7 Procent erkrankt waren. Von den an Melancholie erkrankten erblich belasteten 14 litten an

einfacher Melancholie . . . . 7 = 50 Procent
Melancholie mit folgender Manie . . . 2 = 14,2 „
Melancholie mit folgendem Wahnsinn . 5 = 35,7 „

Es gehören somit alle Fälle von Melancholie mit folgendem Wahnsinn den erblich Belasteten an. Es hat diese Puerperiumsphase das mit den anderen gemein, dass die Entwickelung des Wahnsinns ebenfalls vorzugsweise in dem **Alter** von 30—35 Jahren vor sich geht; in Bezug auf die anderen Formen verhält sie sich aber abweichend, indem gerade umgekehrt die Melancholie vor dem 30. Jahre vorzugsweise auftritt. Cf. **Tabelle 1.**

§ 46. Beim **Recidiviren** wiederholt sich in der Regel die Form des früheren Anfalles, doch kommt es auch zuweilen vor, dass im späteren Anfalle die Form, wenn sie auch im Allgemeinen die Grundzüge der früheren Form bewahrt, dennoch im Speciellen sich modificirt oder aber gar sich vollständig ändert. Unter unseren 8 Recidivfällen wiederholte sich in 2 Fällen Manie und in 3 Fällen Melancholie. In einem Falle, in welchem Patientin zum dritten Mal erkrankt

war, fand sich ein eigenthümlicher Wechsel in der Form, da im ersten Anfall, der im Alter von 17 Jahren beim Cessiren der Menses in Folge von Chlorosis eintrat, Melancholie, im zweiten Anfalle, welcher gleich nach der Hochzeit mit Eintritt der Conception begann, drei Wochen lang Melancholie und drei Wochen lang Manie, und im dritten Anfalle, der mit der Conception des dritten Kindes begann, wiederum nur Melancholie sich entwickelte. In einem anderen Falle folgte dem ersten Anfalle, welcher zehn Jahre vorher nach Auflösung eines Liebesverhältnisses eingetreten und als Melancholie verlaufen war, im neunten Monate der zweiten Schwangerschaft Melancholie mit Wahnsinn. In dem achten Falle war acht Jahre vorher nach der zweiten Entbindung zwei Wochen lang Manie aufgetreten und es folgte nun im zweiten Monate der sechsten Schwangerschaft Melancholie.

Ein besonderer Einfluss der Zeit der Entstehung der Geistesstörung auf die Entwickelung der Form ist nicht zu constatiren. Cf. **Tabelle 2.**

Sehr in die Augen springend und auffallend ist dagegen das so häufige Auftreten der aus Melancholie und Manie combinirten Form der Geistestörung. Während bei den Puerperalen im Allgemeinen diese Form nur in 11,2 Procent der Fälle vorkam, so fand sie sich bei unseren Schwangeren in 22,2 Procent, also fast bei der doppelten Zahl. Die Umsetzung der Melancholie in Manie erfolgte nie im Verlaufe der Schwangerschaft selbst, sondern immer erst mehr oder weniger kurze Zeit nach der Entbindung, und zwar in einem Falle 2 Tage nach der Entbindung unter gleichzeitigem Auftreten von Peritonitis, in einem Falle 3 Tage, in zwei Fällen 10 Tage und in einem Falle 3½ Wochen nach der Entbindung.

IV. Die Prognose.

§ 47. Die Schwangerschaft giebt von allen Puerperiums-Phasen die bei weitem ungünstigste Prognose. Es sind von unseren 32 nur

genesen	11 = 34,4	Procent
gebessert	2 = 6,2	"
ungeheilt	12 = 37,5	"
gestorben	4 = 12,5	"
in Behandlung geblieben	3 = 9,4	"

Hiermit stimmen auch andere Beobachter überein.

Von Leidesdorf's 6 Fällen genasen 2 = 33,3 Proc. und blieben ungeheilt 4 = 66,7 Procent.

Holm verzeichnet sogar noch viel geringere Genesungsprocente, während die Procente der Besserung bei ihm höher sind. Von seinen 26 Fällen sind

genesen	4 = 15,5	Procent
gebessert	7 = 27	"
ungeheilt	5 = 19	"
gestorben	4 = 15,5	"
in Behandlung geblieben	6 = 23	"

Diese Ungünstigkeit der Prognose wird auf der einen Seite allerdings bedingt durch das in der Schwangerschaft häufigere Auftreten der prognostisch ungünstigeren Melancholie, auf der anderen Seite tritt in der Schwangerschaft aber auch bei der prognostisch günstigsten Form, der Manie, eine auffallend ungünstige Prognose zu Tage; es genas nämlich von unseren 5 an Manie Erkrankten nur 1 = 20 Proc., blödsinnig wurden 3 = 60 Proc. und starb 1. Es muss demnach das Auftreten der Geistesstörung in der **Schwangerschaft** der Grund für die schlechtere Prognose sein. Von den an Melancholie Erkrankten, 27, genasen 10 = 37 Procent. Leider sind die Angaben früherer Beobachter

zu ungenau, als dass sie in dieser Beziehung zur Vergleichung herangezogen werden könnten, und so ist für diese Berechnung der Genesungsverhältnisse nur die Angabe Holm's zu verwerthen, nach der von 21 an Melancholie erkrankten Schwangeren 4 = 19 Proc. genesen und 6 = 28,5 Proc. gebessert sind.

Betrachten wir die Prognose der Schwangerschafts-Psychosen nach den Specialformen, so ergiebt sich Folgendes: Von den 16 an einfacher Melancholie Leidenden genasen 10 = 62,5 Proc. der einfach Melancholischen und 37 Proc. der an Melancholie Erkrankten überhaupt, ungeheilt blieben 2, in Behandlung blieben 3 und es starb 1. Von den 6 an Melancholie mit folgender Manie Leidenden genas keine vollkommen, gebessert wurden 2, in Verrücktheit gingen über 2 und es starben 2. Von den 5 an Melancholie mit folgendem Wahnsinn Leidenden genas ebenfalls keine, sondern alle blieben ungeheilt.

§ 48. Die Prognose verschlechtert sich um so mehr, wenn noch andere ätiologische Momente bei der Entstehung der Psychose mitgewirkt, resp. den Boden für die Entstehung vorbereitet haben. So verschlechtert z. B. die **Erblichkeit** die Prognose. Während bei den nicht erblich belasteten Schwangeren 35,3 Procent Genesung zu verzeichnen waren, so genasen von den erblich belasteten Schwangeren nur 33,3 Procent. Cf. **Tabelle 3.**

Was das **Lebensalter** anlangt, so begünstigt das jüngere Alter die Prognose wesentlich: Von

6	im Alter von	20—25	Jahren	Stehenden	genasen	3 = 50 Proc.
7	„ „ „	25—30	„	„	„	3 = 42,8 „
9	„ „ „	30—35	„	„	„	3 = 33,3 „
3	„ „ „	35—40	„	„	„	1 = 33,3 „
5	„ „ „	40—45	„	„	„	1 = 20 „
2	„ „ „	45—50	„	„	„	0

§ 49. Die **Zeit des Ausbruchs** der Geistesstörung, je nachdem dieselbe in die erste oder zweite Hälfte der Schwangerschaft fällt, scheint ebenfalls nicht ohne Einfluss auf die Prognose, und namentlich die Entstehung in den späteren Schwangerschaftsmonaten prognostisch günstiger zu sein; denn von unseren 21 in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft Erkrankten sind 7 = 33,3 Procent genesen, während von unseren 11 in der ersten Hälfte der Schwangerschaft Erkrankten nur 3 = 27,2 Procent genesen sind. Es findet das seine Erklärung in der Erwägung, dass die Widerstandsfähigkeit und desshalb auch die Reconstructionsfähigkeit des Individuums eine sehr geringe sein muss, wenn es schon nach so kurzer Einwirkung der oben geschilderten schwächenden puerperalen Vorgänge unterliegt und in Geisteskrankheit verfällt. Cf. **Tabelle 4.**

Für die Schwangerschafts-Psychosen hat der Satz, dass, je kürzere Zeit die Geistesstörung vor der Aufnahme gewährt habe, um so günstiger auch die Genesungsverhältnisse seien, auch in vollem Masse Geltung; denn es sind von den vor der Aufnahme

unter 1 Monat	kranken	6	genesen	5	= 83,3	Procent
1—2 Monat	„	3	„	1	= 33,3	„
2—3 „	„	5	„	3	= 60	„
3—4 „	„	3	„	1	= 33,3	„
6—7 „	„	5	„	1	= 20	„
über 7 „	„	6	„	0.	Cf. **Tabelle 5.**	

§ 50. Der Einfluss des **Recidivirens** der Geistesstörung auf die Prognose der Schwangerschafts-Psychosen ist ein sehr ungünstiger. Während, wie wir oben gesehen haben, die im ersten Anfall aufgenommenen geisteskranken Frauen im Allgemeinen 34,4 Procent und die im Recidiv aufgenommenen **58** Procent Genesung boten, so sind von unseren 24 zum ersten Mal erkrankten Schwangeren 8 = 33,3 Proc.,

von unseren 8 zum wiederholten Mal Erkrankten dagegen nur 3 = 37,5 Procent genesen. Der Form nach sind von den zum ersten Male an **Melancholie** erkrankten 21 genesen 7 = 33,3 Procent, gebessert 2 = 9,5 Procent, ungeheilt 8 = 38 Procent und gestorben 3 = 14,2 Procent. Von den zum zweiten Male an Melancholie erkrankten 4 sind 2 genesen und 2 ungeheilt geblieben. Die zum dritten Male an Melancholie erkrankte 1 ist genesen. Von den zum ersten Male an **Manie** erkrankten 3 ist 1 genesen, 1 gestorben und 1 ungeheilt geblieben; von den zum zweiten Male an Manie erkrankten 3 ist keine genesen.

Haben wir in Vorstehendem gesehen, dass die Schwangerschafts-Psychosen nicht blos hinsichtlich der Genesung eine ungünstige Prognose geben, sondern auch hinsichtlich des Ausganges in den Tod, indem sie von allen Puerperal-Phasen die höchsten Procente an Todesfällen aufweisen, so fragt es sich: Was ist der Grund davon? und speciell: Trägt die Schwangerschaft als solche die Schuld? In der That scheint Letzteres der Fall zu sein. Ja die Schwangerschaft vermindert die Aussicht auf Genesung nicht blos, wenn sie als causales Moment für die Entstehung der Psychosen wirksam wird, sondern sie verschlechtert auch die Prognose, wenn sie während einer schon bestehenden Psychose auftritt. Noch mehr, es bieten die letzteren Psychosen, in deren Verlauf der Beginn der Schwangerschaft fällt, eine so schlechte Prognose, dass nur in seltenen Ausnahmefällen überhaupt noch einmal eine volle Genesung erfolgt. Das Höchste, was erreicht wird, ist eine wesentliche Besserung, in den meisten Fällen tritt dagegen psychische Schwäche ein. Von unseren 8 theils im Wochenbett, theils in der Lactationsperiode psychisch Erkrankten, die während der Geistesstörung wieder schwanger wurden, ist denn auch gar keine genesen.

V. Verlauf und Dauer.

§ 51. Alle oder wenigstens fast alle Schwangerschafts-Psychosen beginnen mit Melancholie, selbst die Fälle von Manie; denn auch diesen geht ein mehr oder weniger langes Initialstadium von Melancholie, in welchem die Kranken ängstlich, verstimmt und traurig sind, voraus und erst nach ein- oder mehrtägiger Depression tritt exaltirte Stimmung und tobsüchtige Erregung ein. Es bildet die physiologische Veränderung der Gemüthsstimmung bei den Schwangeren den Ausgangspunkt für die Psychose, indem dieselbe zunächst nur excessiv wird, und da die physiologische Veränderung der Gemüthsstimmung immer den Charakter der Depression an sich trägt, so hat auch die nächste Ausschreitung derselben den Charakter der Melancholie. In seltenen Fällen, unter unseren 32 nur bei 5, ist diese Melancholie von so kurzer Dauer, dass man sie als einfaches Initialstadium auffassen kann und die folgende Tobsucht mit Rücksicht auf Dauer wie auf Intensität als Hauptkrankheitsform erscheint. In der bei weitem grössten Zahl der Fälle persistirt die Melancholie für die ganze Dauer der Krankheit. Auffallend ist bei vielen selbst leichten Melancholien der Schwangerschaft ein eigenthümlich traumartiges Wesen. Die Kranken sind in hohem Grade unbesinnlich, sie können über die einfachsten und sonst dem Menschen prompt und genau im Gedächtniss bleibenden Thatsachen und Verhältnisse gar keine Auskunft geben. Obwohl sie im Allgemeinen wissen, dass sie sich im Krankenhause befinden, können sie sich doch nicht von dem Gedanken frei machen, dass sie in ihrem Heimathsorte seien u. s. w. Die Personen in ihrer Umgebung bleiben ihnen lange Zeit fremd; selbst die Wärterinnen, welche beständig um sie sind und sich fortwährend mit ihnen beschäftigen,

vermögen sie erst sehr spät beim Namen zu nennen. Sie leben in einer fremden Welt, die ihnen unbegreiflich ist und lange unbegreiflich bleibt. Mit erstaunten Augen und ängstlichem Blick sehen sie Alles an, was um sie vorgeht, ohne dass ihnen klar würde, was das Alles bedeutet und bezweckt. Nicht selten tritt im Verlaufe der Melancholie Stupor ein, jedoch fast nie während der Schwangerschaft selbst, sondern meistens erst nach der Entbindung. Die Melancholien sind meistens sehr schwerer Art und zeichnen sich nicht blos durch grosse Selbstmordneigung, sondern auch nicht selten durch grosse Abneigung gegen das später geborene Kind aus. So wurden unter unseren 32 von sechs energische Selbstmordversuche gemacht — von dreien durch Erhängen, von zweien durch Ertränken und von einer durch einen Schnitt in den Hals. Eine tödtete ihr neugeborenes Kind. Da dieser Fall in mancher Beziehung interessant ist, so erlaube ich mir, ihn in Kurzem mitzutheilen.

Frau T., Hebamme, 42 Jahre alt, wurde im Anfange ihrer zehnten Schwangerschaft in eine Kriminaluntersuchung verwickelt. Sie hatte den Namen einer „in stiller Zurückgezogenheit“ niedergekommenen Dame dem Civilstandsbeamten wissentlich falsch angegeben. Als dann einige Tage später das von jener geborene Kind gestorben und begraben war, wurde eine Untersuchung eingeleitet und sogar eine Ausgrabung der Kindesleiche vorgenommen. Dies ängstigte Patientin sehr und, obwohl sie in der Verhandlung freigesprochen wurde, verfiel sie doch im vierten Monate der Schwangerschaft in wirkliche Geistesstörung. Patientin wurde matt und elend, hatte keinen Schlaf und wurde beständig von dem Gedanken gequält, dass der böse Feind sie verfolge, dass alle anderen Menschen selig würden und sie allein verdammt sei. Diese Melancholie dauerte unverändert an. Es erfolgte dann die Entbindung, die allerdings etwas

lange währte, aber sonst doch normal verlief und nicht von einer bemerkenswerthen Blutung gefolgt war. Nach der Entbindung wurde Patientin noch ängstlicher und unruhiger, sie stillte das Kind nicht und am dritten Tage ergriff sie in einem unbewachten Augenblicke ihr neugeborenes Kind und warf es aus dem Fenster in einen vorbeifliessenden Bach, worin dasselbe umkam. Befragt, wesshalb sie das gethan, antwortete sie, das Kind sei „nicht richtig", kein „richtiges Kind" gewesen. Da die Angst und Unruhe sich so sehr steigerte, dass die Kranke selbst mehrere Stunden weit von Haus fort lief, so wurde sie in die Anstalt aufgenommen. Hier bot sie das Bild einer ausgeprägten Melancholie dar. Patientin jammerte und weinte beständig, vermochte keine Auskunft zu geben, ging beständig klagend und ängstlich umher, hatte keinen Schlaf und konnte nicht essen. Schon nach etwa zwei Monaten liess die melancholische Verstimmung nach, die Kranke fing an zu arbeiten, sprach mehr und gab richtige Auskunft über ihre Verhältnisse. Hinsichtlich der Tödtung ihres Kindes zeigte sie nicht die geringste Reue, sondern hielt dieselbe für ganz gerechtfertigt, da dasselbe ein Product des Satans gewesen sei. Sie behauptete sogar, sie habe schon bei der Conception desselben gefühlt, dass es kein ordentliches Kind werde, dasselbe sei nicht ihr eigenes Fleisch und Blut und kein richtiges Kind gewesen; wenn sie dasselbe angesehen habe, so sei es ihr immer wie etwas Böses vorgekommen. Diese Gleichgültigkeit gegenüber ihrer unnatürlichen That blieb unverändert. Die melancholische Verstimmung verschwand ganz, die Kranke wurde geschwätzig, neugierig und eher lustig, sie trieb sich den ganzen Tag im Hause herum, suchte sich überall nützlich zu machen, die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken und Alles aufzubieten, um ihren Wunsch nach Entlassung realisirt zu sehen. Ihre Lage gegenüber der

Aussenwelt fasste sie ganz verkehrt auf und meinte, sie könne sofort ihre Functionen als Hebamme wieder beginnen und werde das alte Vertrauen in vollem Masse wiedergewinnen. Da ihr ganzes Thun und Treiben gleichzeitig einen ziemlich hohen Grad von Schwachsinn verrieth und damit jede Hoffnung auf fernere Besserung geschwunden war, so wurde sie nach 1¼ Jahre langem Aufenthalte in der Anstalt dem Vater in Pflege gegeben.

In anderen Fällen treten von Anfang an in der Melancholie Misstrauen, Verfolgungsideen etc. auf und es entwickelt sich die Form, welche oben als Melancholie mit folgendem Wahnsinn beschrieben ist, oder es folgt, wie ebenfalls oben geschildert, nach verhältnissmässig längerem Bestehen Manie nach. Zuweilen wird die Psychose durch andere Nervenaffectionen eingeleitet. So begann z. B. in einem Falle die Melancholie mit einem Anfalle vollkommener Bewusstlosigkeit und tiefer Ohnmacht. Dieser Fall zeichnete sich aus durch vielfältige und lange bestehen bleibende abnorme Sensationen. Dieselben traten unmittelbar nach dem tiefen Ohnmachtsanfalle ein, ohne dass Lähmungserscheinungen vorhanden gewesen wären. Patientin hatte das Gefühl, als sei ihr Kopf leer und erweicht, als habe sie keinen Kopf mehr; in den Augen fühlte sie einen eigenthümlichen Druck und die äussere Kopfhaut war schon bei leisen Berührungen so empfindlich, dass Patientin laut aufschrie, es war somit Anästhesie und Hyperästhesie gleichzeitig vorhanden. Einmal begann die Psychose im zehnten Schwangerschaftsmonate mit einem Anfalle von Eclampsie.

Die Kranke war eine 34 Jahre alte, zum fünften Male schwangere Frau, welche früher nie krank gewesen war. Dieselbe wurde 10 Tage vor der letzten Niederkunft, nachdem sie wenige Tage lang an einem leichten Magencatarrh gelitten hatte, von eigenthümlichen Krämpfen befallen. Sie

wurde auf dem Sopha sitzend plötzlich starr nach hinten übergebeugt, zitterte und zuckte heftig mit den Armen und war auf kurze Zeit bewusstlos. Dieser Zustand dauerte etwa fünf Minuten und wiederholte sich an jenem Tage noch mehrmals. Seitdem war sie ängstlich und misstrauisch, glaubte, die Leute sprächen über sie Schlechtes und beschuldigte namentlich eine Mitbewohnerin des Hauses, dass sie Allerlei über sie gesagt habe. Die Krampfanfälle wiederholten sich später nicht mehr, Patientin blieb aber ängstlich und misstrauisch. Die Geburt war im Ganzen leicht, aber unmittelbar nach der Geburt hatte die Kranke lebhafte Gesichtshallucinationen; sie sah schreckliche Gesichter durch ein in der Wand befindliches Ofenloch auf sich herabsehen und ruhte nicht eher, als bis der Mann das Loch vernagelte. Im Wochenbette steigerte sich die melancholische Verstimmung mehr und mehr, es traten später Gehörs- und Geschmacks-Hallucinationen hinzu, Patientin hörte sich vom Manne rufen, schmeckte Gift im Essen u. dergl.; dann trat wieder ein stärkerer Magenkatarrh auf, Nahrungsverweigerung stellte sich ein und so entwickelte sich nach einigen Monaten Tuberculosis pulmonum, die 13 Monate nach Beginn der Psychose den Tod herbeiführte.

Hallucinationen der verschiedensten Sinne sind in den Schwangerschafts-Psychosen sehr häufig — unter unseren 32 Fällen waren solche mit Bestimmtheit in 12 Fällen nachzuweisen — und kommen bei allen Formen der Geistesstörung vor. Viel seltener sind Sinnes-Delirien; dieselben kamen nur in einem unserer Fälle vor und leiteten hier den Beginn der Psychose ein.

§ 52. Die **Zeit**, in welcher die mit Genesung endenden Schwangerschafts-Psychosen durchschnittlich ablaufen, beträgt etwa 9 Monate; denn es ging in unseren Fällen die Melancholie im Durchschnitt nach 8,5 Monaten in Genesung

über, während der eine Fall von Manie allerdings 10 Monate zur Genesung bedurfte.

Die Schwangerschaft selbst wird in ihrem Verlaufe durch das Auftreten der Geistesstörung in der Regel nicht beeinträchtigt sondern erreicht meistens ihr normales Ende durch die Entbindung. Die Entbindung ist meistens eine leichte und natürliche, ja sie erfolgt zuweilen so rasch und so sehr ohne besondere Schmerzhaftigkeit, dass das Kind von der Kranken geboren wird, ohne dass der Akt als solcher derselben bewusst wird. In einem unserer Fälle wurde das Kind von einer motorisch sehr erregten, tobsüchtigen Kranken ausserhalb des Bettes im Gehen und lustigen Umherspringen und unter dem Absingen heiterer Schelmenlieder geboren, bei einer Conjugata von 3½ Zoll. In nicht seltenen Fällen erfolgt aber einige Zeit nach Ausbruch der Geistesstörung Abortus, und zwar trat unter unseren 32 Fällen zweimal einen Monat nach Ausbruch der Geistesstörung Abortus ein, das eine Mal im dritten und das andere Mal im achten Schwangerschaftsmonate; beide Kranken litten an Melancholie. Holm verzeichnet mehr Abnormitäten im Verlaufe der Schwangerschaft bei Geisteskranken; unter seinen 26 Fällen gelangte die Schwangerschaft fünf Mal nicht zum normalen Ende. Abgesehen von dem Eintreten eines Abortus kommt es auch nicht selten vor, dass, trotzdem die Geburt an und für sich leicht von Statten geht, dennoch die Frucht todt ist; unter unseren 32 war dies drei Mal der Fall. Ob an diesem abnormen Verlaufe der Schwangerschaft, der vorzeitigen Ausstossung der Frucht und dem raschen Absterben derselben während der Geburt das Vorhandensein der Geistesstörung schuld sei, könnte zweifelhaft erscheinen und der Grund dafür vielmehr in denselben schädlichen Einflüssen gefunden werden, welche oben als ursächliche Momente für die Entstehung der Psychose angesprochen sind; aber es lässt sich nicht verkennen,

dass hier auch die Thatsache nicht wirkungslos bleibt, dass die geisteskranken Schwangern weit weniger Sorgfalt auf ihre körperliche Pflege und damit auf das Gedeihen der Frucht verwenden und sich rücksichtsloser allerlei Schädlichkeiten aussetzen.

Das **Wochenbett** verläuft für die Kranke selbst fast immer ohne besondere körperliche Erkrankungen — von unseren 32 erkrankte nur eine an leichter Peritonitis —; wohl aber ist die Milchsecretion häufig insofern gestört, als es entweder gar nicht zu einer ordentlichen Secretion kommt, oder aber die begonnene Secretion sehr bald cessirt, auch wenn das Kind zum Saugen angelegt wird. Der Ausgang in den Tod erfolgt sehr selten während der Schwangerschaft selbst sondern meistens erst mehr oder weniger lange nach der Entbindung; alle unsere vier in der Schwangerschaft an Geistesstörung Erkrankten und Gestorbenen sind erst nach der Entbindung gestorben, ebenso sind von den von Holm verzeichneten fünf Fällen vier nach der Entbindung und eine während der Entbindung gestorben.

B. Die Psychosen des Wochenbettes.

a. Nach der Geburt eines ausgetragenen Kindes.

I. Die Zeit der Entstehung.

§ 53. Ueber die Zeit, innerhalb welcher nach der Entbindung in den meisten Fällen die psychischen Störungen beginnen, sind die Beobachter insofern einig, als sie alle im Allgemeinen die ersten beiden Wochen bezeichnen; im Einzelnen divergiren sie aber wieder nicht unwesentlich von

einander. Esquirol verlegt z. B. von 81 Puerperalen die Erkrankungszeit bei 60 auf den ersten bis vierten Tag und bei 21 auf den fünften bis fünfzehnten Tag, Marcé unter 44 bei 33 auf die ersten zehn Tage und hebt darunter namentlich den vierten und fünften Tag hervor, Burrows unter 44 bei 33 auf die ersten vierzehn Tage und bei 11 auf den vierzehnten bis achtundzwanzigsten Tag, Macdonald unter 44 bei 29 auf die erste Woche und bei 15 auf die zweite bis vierte Woche, Leidesdorf unter 14 bei 8 auf den sechsten bis zehnten Tag, Holm unter

40 bei 21 auf die 1. Woche
„ 8 „ „ 2. „
„ 4 „ „ 3. „
„ 2 „ „ 4. „
„ 1 „ „ 5. „
„ 4 „ „ 6. „

Reid hat beobachtet, dass die Geistesstörungen selten vor dem dritten oder nach dem vierzehnten Tage entstehen und Fürstner hat gefunden, dass die Psychosen am häufigsten zwischen dem fünften und zehnten Tage nach der Entbindung beginnen. Mit diesen Angaben stimmen unsere Beobachtungen insofern überein, als auch die grösste Zahl in den beiden ersten Wochen nach der Entbindung erkrankt ist, nämlich von 82 : 57 = 69,5 Procent; am günstigsten für die Entstehung scheint aber die zweite Hälfte der ersten Woche zu sein, denn in diesem kurzen Zeitraume sind von unseren 82 Kranken 22 erkrankt. Dem zunächst kommt die zweite Woche mit ebenfalls 22 Erkrankungen. Nicht gering ist im Gegensatze zu den Reid'schen Angaben auch die Zahl der Erkrankungen in den ersten drei Tagen, unter unseren Kranken 13, darunter sogar 6 schon am ersten Tage nach der Entbindung. Es sind nämlich von unseren 82 Wöchnerinnen erkrankt:

in der 1. Woche nach der Entbindung 35 = 42,6 Procent
und zwar am 1. Tage 6 = 7,3 Procent,
„ „ 2. „ 1 = 1,2 „
„ „ 3. „ 6 = 7,3 „
„ „ 4.—7. „ 22 = 26,8 „
in der 2. Woche nach der Entbindung 22 = 26,8 Procent,
„ „ 3. „ „ „ „ 7 = 8,5 „
„ „ 4. „ „ „ „ 6 = 7,3 „
„ „ 5. „ „ „ „ 6 = 7,3 „
„ „ 6. „ „ „ „ 6 = 7,3 „

Das Auftreten der Geistesstörung so kurze Zeit nach der Entbindung wird begünstigt durch das Vorhandensein anderer ätiologischer Momente. So ist unter Anderem der Einfluss der Erblichkeit in dieser Beziehung ein nicht geringer; denn bei den in den ersten sieben Tagen erkrankten 35 fand sich 18 Mal, also bei 51,4 Procent Erblichkeit, während unter den nach dem siebenten Tage erkrankten 47 nur bei 17, also bei 36,1 Procent Erblichkeit nachzuweisen war.

§ 54. Am häufigsten tritt die Geistesstörung nach der ersten Entbindung, seltener wenn auch immer noch recht häufig nach der zweiten und dritten Entbindung, viel seltener nach noch späteren Entbindungen ein. Unter unseren 82 im Wochenbett Erkrankten waren 24 nach der ersten, 11 nach der zweiten, 11 nach der dritten, 10 nach der vierten, 6 nach der fünften, 5 nach der sechsten, 5 nach der siebenten, 4 nach der achten, 2 nach der neunten, 2 nach der eilften, 1 nach der zwölften und 1 nach der dreizehnten Entbindung erkrankt. Ganz ähnliche Verhältnisse hat Holm gefunden; nach ihm waren von 53 geisteskranken Wöchnerinnen 14 nach der ersten, 11 nach der zweiten, 11 nach der dritten, 3 nach der vierten, 3 nach der fünften, 4 nach der sechsten, 2 nach der siebenten,

1 nach der achten, 2 nach der neunten, 1 nach der zehnten und 1 nach der vierzehnten Entbindung erkrankt. Es nimmt also gleichsam die Häufigkeit der Erkrankungen ab in dem Verhältnisse, in welchem die Zahl der Entbindungen steigt.

II. Besondere ätiologische Momente.

§ 55. Als besondere ätiologische Momente sind die Abnormitäten bei der Geburt und im Wochenbette zu betrachten. In unseren 82 Fällen musste 6 Mal die Geburt durch Anlegung der Zange beendigt werden, und dabei starb 3 Mal die Frucht während der Entbindung ab; ausserdem starb, ohne dass instrumentale Hülfe bei der Geburt nothwendig gewesen wäre, doch noch bei Zweien während der Geburt die Frucht ab. Holm verzeichnet unter 58 Fällen 4 Mal künstliche Entbindung und zwar 2 Mal Zangen-Entbindung, 1 Mal sehr schwere Wendung und 1 Mal künstliche Lösung der Placenta. Starke Blutungen in der Nachgeburtsperiode erfolgten bei 12 unserer Fälle. Ferner gingen dem Ausbruche der Geistesstörung 6 Mal Mastitis und 2 Mal Parametritis voraus. Grosses Gewicht hat man auch auf die Cessation der Milchsecretion und des Lochienflusses als causales Moment gelegt, doch scheint mir das nicht richtig zu sein. Das Aufhören dieser Secretionen ist vielmehr ebenso wie die Geistesstörung Folge desselben Grundzustandes, des abnormen Sinkens der Ernährung.

Unter den den Ausbruch der Geistesstörung befördernden Gemüthsbewegungen nimmt der Kummer über den Tod des Neugeborenen einen hervorragenden Platz ein. Unter unseren 82 Fällen ging der Tod des Neugeborenen dem Ausbruche der Geistesstörung 12 Mal mehr oder weniger lange voraus und zwar 4 Mal einen Tag, 1 Mal drei Tage, 1 Mal fünf Tage, 2 Mal acht Tage, 2 Mal zehn Tage, 1 Mal vierzehn Tage und 1 Mal zwanzig Tage.

III. Die Formen.

§ 56. Die häufigste Form der Geistesstörung bei den nach der Entbindung Erkrankten ist, wie wir oben im Gegensatze zu anderen Beobachtungen gesehen haben, ebenfalls die **Melancholie,** wenn auch die Differenz eine geringere ist. Von unseren 82 sind, um das hier noch einmal zu wiederholen, an Melancholie 44 = 53,6%, an Manie 36 = 44%, Delirium acutum 1 und primärem Wahnsinn eine erkrankt.

Von den an **Melancholie** erkrankten 44 litten

an einfacher Melancholie	32 = 72,7	Procent,
an Melancholie mit folgender Manie	4 = 9	„
„ „ „ folgendem Wahnsinn	7 = 16	„
„ „ „ folg. circulär. Irresein	1 = 2,3	„

Von den an **Manie** erkrankten 36 litten an

einfacher Manie	30 = 83	Procent,
Manie mit folgender Melancholie	4 = 11	„
Manie mit folgendem Wahnsinn	2 = 6	„

§ 57. Ein Einfluss der **Erblichkeit** auf das Prävaliren der einen oder anderen Hauptform, wie solches bei den Psychosen der Schwangerschaft der Fall war, ist hier nicht nachzuweisen, da von den erblich belasteten 35 ebenfalls 54 Procent an Melancholie und 45 Procent an Manie erkrankt sind; wohl aber lässt sich ein Einfluss der Erblichkeit insofern nicht verkennen, als bei den erblich Belasteten häufiger combinirte Formen beobachtet wurden, als bei den nicht erblich Belasteten.

Es litten nämlich von den 35 erblich Belasteten an
Melancholie mit folg. Manie 2 = 5,7 Proc. gegen 4,3 Proc. der nicht erblich Belasteten,
Melancholie mit folg. Wahnsinn 4 = 10,3 Proc. gegen 6,4 Proc. der nicht erblich Belasteten,
Manie mit folg. Melancholie 3 = 8,5 Proc. gegen 2,1 Proc. der nicht erblich Belasteten.

Ebenso gehörte der Fall von Melancholie mit folgendem circulärem Irresein den erblich Belasteten an. An einfacher Melancholie litten von den erblich Belasteten 12 = $34_{,2}$ Procent und an einfacher Manie 12 = $34_{,2}$ Procent.

§ 58. Was den Einfluss des **Lebensalters** auf die Entwickelung der Form anlangt, so tritt bei den Psychosen des Wochenbettes recht deutlich hervor, wie sehr das jüngere Alter vorzugsweise zur Entstehung der Manie disponirt; denn von unseren 35 unter 30 Jahre alten Wöchnerinnen sind 25 = $71_{,5}$ Procent an Manie und 10 = $28_{,5}$ Procent an Melancholie erkrankt, während von den 47 über 30 Jahre alten Wöchnerinnen 34 = $72_{,3}$ Procent an Melancholie und nur 11 = $23_{,4}$ Procent an Manie erkrankt sind. Ebenso zeigen uns die Psychosen des Wochenbettes sehr deutlich, dass die Entwickelung des Wahnsinns vorzugsweise in dem Alter von 30—35 Jahren stattfindet, da unter 10 an Wahnsinn Leidenden bei 7 = 70 Procent der Wahnsinn im Alter von 30—35 Jahren und bei 3 = 30 Procent im Alter von 35—40 Jahren sich entwickelt hatte. Cf. **Tabelle 1.**

§ 59. Die **Zeit des Ausbruchs** der Geistesstörung scheint ebenfalls nicht ganz ohne Einfluss auf die Form zu sein; vielmehr scheinen die ersten Tage nach der Entbindung, also die der eigenthümlichen Gemüthsrichtung der Schwangerschaft am nächsten liegenden Tage, weit mehr für die Entstehung der Melancholie als der Manie zu prädisponiren, denn unter unseren 13 in den ersten drei Tagen nach der Entbindung Erkrankten litten 10 = 77 Procent an Melancholie und nur 3 = 23 Procent an Manie. In der zweiten Hälfte der ersten Woche und in der zweiten Woche tritt die Manie häufiger auf, während in der 5. und 6. Woche nach der Entbindung, diesem der Lactationsperiode sich schon mehr nähernden Zeitraum, die Melancholie wieder in den Vordergrund tritt. Cf. **Tabelle 2.**

§. 60. Die **Zahl der Entbindungen** macht sich bei der Entwickelung der Form der Geistesstörung insofern geltend, als nach der ersten Entbindung in der bei weitem grössten Zahl der Fälle Manie sich zu entwickeln pflegt, während nach wiederholten Entbindungen vorzugsweise Melancholie auftritt. Als Beweis dient, dass von unseren 24 nach der ersten Entbindung Erkrankten an Manie 17 = 70,8 Proc. und an Melancholie nur 6 = 25 Procent, von unseren 11 nach der zweiten Entbindung Erkrankten dagegen an Manie nur 4 = 36,3 Procent und an Melancholie 7 = 63,6 Procent, und von unseren 11 nach der dritten Entbindung Erkrankten sogar nur 2 = 18,1 Procent an Manie, dagegen aber 9 = 81,8 Procent an Melancholie erkrankt sind u. s. f. Cf. **Tabelle 3.**

IV. Die Prognose.

§ 61. Die nach einer Entbindung entstandenen Geistesstörungen geben von allen Puerperal-Psychosen die bei Weitem günstigste Prognose; denn von unseren 82 sind genesen 38 = 46,3 Procent, gebessert 9 = 11 Procent, ungeheilt geblieben 25 = 30,5 Procent, gestorben 4 = 4,7 Procent und in Behandlung geblieben 6 = 7,5 Procent. Leidesdorf verzeichnet noch höhere Genesungsprocente, da von seinen 14 Fällen 8 = 57 Procent genesen sind. Holm notirt allerdings eine geringere Zahl von Genesungen, fügt aber noch sehr hohe Procente der Besserung hinzu. Von seinen 58 Fällen sind genesen 25 = 43,1 Procent, gebessert 16 = 27,5 Procent, ungeheilt 5 = 8,6 Procent, gestorben 5 = 8,6 Procent und in Behandlung geblieben 7 = 12,2 Procent.

§ 62. Den **Formen** nach sind von den an Melancholie im Allgemeinen erkrankten **44** genesen 14 = 31,8 Procent, gebessert 6 = 13,6 Procent, ungeheilt 18 = 40,9 Procent,

gestorben 2 = 4,5 Procent, in Behandlung geblieben 4 = 9 Procent und zwar sind von den an **einfacher Melancholie** leidenden 32 genesen 13 = 40,6 Procent, gebessert 6 = 18,7 Procent, ungeheilt 9 = 28,3 Procent, gestorben 2 = 6,2 Procent und in Behandlung geblieben 2 = 6,2 Procent; von den an **Melancholie mit folgender Manie** leidenden 4 sind genesen 1, ungeheilt 1 und in Behandlung geblieben 2. Von den an **Melancholie mit folgendem Wahnsinn** leidenden 7 wurde keine geheilt; ebenso blieb ungeheilt die an primärem Wahnsinn und die an circulärem Irresein Leidende. Von den an **Manie** im Allgemeinen erkrankten **36** sind genesen 24 = 54,5 Procent, gebessert 4 = 9 Procent, ungeheilt 5 = 11 Procent, gestorben 1 und in Behandlung geblieben 2. Von den an einfacher Manie leidenden 30 sind genesen 20 = 66,6 Procent, gebessert 2 = 6,6 Procent, ungeheilt 5 = 16,6 Procent, gestorben 1 und in Behandlung geblieben 2. Von den an **Manie mit folgender Melancholie** leidenden 4 sind genesen 3 = 75 Procent und gebessert 1. Von den an **Manie mit folgendem Wahnsinn** leidenden 2 ist 1 genesen und 1 gebessert.

§ 63. Die **Erblichkeit** verringert auch bei diesen Fällen die Aussicht auf Genesung nicht unwesentlich, denn während von unseren 47 nicht erblich Belasteten 24 = 51 Procent genesen sind, so sind von den 35 erblich Belasteten nur 14 = 40 Procent genesen. Es fällt hier besonders die so sehr geringe Zahl der von Melancholie Genesenen auf. Während bei den Schwangerschafts-Psychosen unter 14 an Melancholie erkrankten erblich Belasteten immerhin noch 5 = 35,7 Procent genasen, so sind von diesen 19 ursprünglich an Melancholie erkrankten erblich Belasteten nur 3 = 15,8 Procent genesen. Im Gegensatze dazu steht die hohe Zahl der von Manie Genesenen, indem gegenüber den Schwangerschafts-Psychosen hier von 15 an Manie er-

krankten erblich Belasteten 11 = 73,3 Procent genesen sind. Cf. **Tabelle 4.**

§ 64. Was den Einfluss des **Lebensalters** auf die Prognose anlangt, so bieten die Psychosen des Wochenbettes keine Abweichung von der Regel dar, vielmehr giebt auch hier das jüngere Alter eine günstigere Prognose. Es sind

von 17	im Alter v.	20—25	Jahren Stehenden	genesen	11 = 64,7 Proc.
» 18	»	25—30	»	»	13 = 72,2 »
» 25	»	30—35	»	»	7 = 28 »
» 14	»	35—40	»	»	6 = 42,8 »
» 6	»	40—45	»	»	1.
» 2	»	45—50	»	»	0.

§ 65. Die **Zeit des Ausbruchs** der Geistesstörung scheint ebenfalls nicht ganz ohne Einfluss auf die Prognose zu sein; denn es haben nach unseren Beobachtungen die in der zweiten und dritten Woche nach der Entbindung begonnenen Psychosen prognostisch sich am günstigsten erwiesen. Von den

35	in der 1. Woche	Erkrankten	sind genesen	14 = 40 Proc.
22	„ „ 2. „	„	„ „	13 = 59,9 „
7	„ „ 3. „	„	„ „	4 = 59 „
6	„ „ 4. „	„	„ „	2 = 33,3 „
6	„ „ 5. „	„	„ „	1 = 16,6 „
6	„ „ 6. „	„	„ „	4 = 59 „

Ganz besonders deutlich tritt bei den Psychosen des Wochenbettes die Thatsache hervor, dass die Prognose um so günstiger ist, je kürzere Zeit vor der Aufnahme die Krankheit bestanden hat; denn von 57 unter 4 Monaten Kranken genasen 35 = 61,4 Procent, während von 25 länger als 4 Monate Kranken nur noch 3 = 12 Procent genesen sind. Cf. **Tabelle 5.**

§ 66. Wenn wir oben gesehen haben, dass das **Recidiviren** von ungünstigem Einfluss auf die Prognose der

Schwangerschafts-Psychosen war, so sehen wir bei den Psychosen des Wochenbettes das entgegengesetzte Verhältniss. Während von unseren 65 zum ersten Male Erkrankten 27 = 41,5 Procent genasen, so genasen von unseren 17 zum wiederholten Male Erkrankten 11 = 64,7 Procent. Diese grosse Verschiedenheit findet dadurch ihre Erklärung, dass unter den Recidiven sich eine weit höhere Zahl von Manieen befindet und diese im Allgemeinen als Recidiv-Formen eine sehr günstige Prognose geben. Cf. **Tabelle 6.**

§. 67. Die **Zahl der Entbindungen**, welche dem Ausbruche der Geistesstörung vorausgegangen, scheint ohne Einfluss auf die Prognose zu sein, wenn man nicht die nur um Weniges höheren Genesungsprocente der nach der ersten oder zweiten Entbindung Erkrankten besonders in Betracht ziehen will. Es wäre allerdings wohl begreiflich, dass die nach den ersten Entbindungen erfolgenden Geistesstörungen desshalb eine günstigere Prognose böten, weil die befallenen Individuen meistens in jüngerem Alter stehen und desshalb im Allgemeinen noch weniger geschwächt sein werden; auf der anderen Seite ist aber auch eine grosse Zahl der Erstgebärenden, wie wir oben gesehen haben, noch nicht hinreichend entwickelt und vorgebildet. Cf. **Tabelle 7.**

V. Verlauf und Dauer.

§ 68. Die während des Geburtsaktes auftretenden, mehr oder weniger kurz dauernden wenn auch eigenthümlichen Delirien bedürfen hier nicht einer besonderen Besprechung, da dieselben eigentlich nicht als Irreseinsformen aufzufassen sind und uns hier nur diese beschäftigen.

Betrachten wir zunächst die als **Melancholie** beginnenden und dann entweder als einfache Melancholie weiter verlaufenden oder auch später sich combinirenden Psychosen,

so wird uns in die Augen fallen, dass sie nur selten an die physiologische Verstimmung der zu Ende gehenden Schwangerschaft sich einfach anschliessen, indem sie nur während des Geburtsaktes und durch denselben den Charakter des Pathologischen erhalten. Geschieht es dennoch, so wird der Beginn dieser Melancholie meistens durch eine Anzahl von Hallucinationen eingeleitet, welche unmittelbar nach Beendigung des Geburtsaktes in Folge der durch Blutverlust, Geburtsarbeit etc. rasch gesteigerten Anämie zu Stande kommen. In der Mehrzahl der Fälle befinden sich die Kranken nach der Entbindung zunächst verhältnissmässig wohl und erst allmälig tritt die deprimirte Gemüthsstimmung mit ihren Angstgefühlen, melancholischen Wahnvorstellungen u. dgl. hervor. Die im Wochenbette beginnenden Melancholien scheinen besondere Neigung zu besitzen, in den extremen Richtungen zu verlaufen, indem sie nur selten als einfache Melancholie gleichmässig dahingehen, sondern sich entweder mit Stupor vergesellschaften, und das ist die überwiegende Zahl, oder in der entgegengesetzten Weise mit grosser motorischer Erregung und besonders starken triebartigen Willensäusserungen verbunden sind. Bei den mit **Stupor** verbundenen Melancholien tritt schon sehr bald nach ihrem Beginne eine besondere Schwächung und Verlangsamung des Perceptionsvermögens und des Vorstellungsvermögens sowie eine hochgradige Abschwächung der Willensenergie in den Vordergrund und schon nach ganz kurzer Zeit würden die Kranken bei der zur Schau tretenden grossen geistigen Leere, der fast vollkommenen motorischen Unregsamkeit, der grossen Apathie etc. das Bild des Blödsinns bieten, wenn nicht hier und da ein scheuer ängstlicher Blick zeigte, dass unter Allem versteckt eine tiefe Depression des Gemüthes vorhanden wäre. Eigenthümlich im Verlaufe dieser Wochenbetts-Melancholie mit Stupor und oft in hohem Grade frappirend sind eigenthümliche

Reizzustände in gewissen Nervengebieten, die bei sonst ganz unverändertem Stupor und sonst unverminderter Bewegungslosigkeit nur nach einer gewissen Richtung hin grosse Erregtheit documentiren und unaufhaltsam triebartige Bewegungen auslösen, ich meine hochgradige Reizzustände in der Geschlechtssphäre. Meistens im dritten oder vierten Monat nach der Entbindung, wenn die Kranken durch Nahrungsverweigerung, sonstige Verdauungsstörungen etc. körperlich in hohem Grade reducirt sind, beginnen dieselben, ohne dass die genaueste Untersuchung der Genitalien auch nur das geringste ursächliche Moment dafür aufzufinden vermöchte, offenbar veranlasst durch eigenthümliche Sensationen, anfangs nur ab und zu später aber öfter und energischer die Geschlechtstheile zu reiben und zu scheuern. Mit den äusseren Insulten steigert sich der Reiz mehr und mehr und schliesslich findet man die sittenreinsten und decentesten Frauen oft Wochen lang schamlos und anhaltend mit den heftigsten Masturbationsbewegungen beschäftigt, die Geschlechtstheile blutig zerschabend und zerkneifend, die Hand tief in die Vagina eingeführt und den Uterus zerrend und verletzend. Ausser diesen offenbar triebartigen Bewegungen erscheinen die Kranken daneben unverändert bewegungslos und stuporös. Man ist versucht, diese Reizzustände als die Folge von jenen Congestionen abzuleiten, welche den Eintritt der Menstruation einzuleiten pflegen, doch giebt die Untersuchung der fraglichen Theile dafür keine Anhaltspunkte, auch tritt die Menstruation, wenn nach Aufhören dieser Reizzustände die Ernährung der Kranken sich schon wesentlich gehoben hat, ohne dass jene Reizerscheinungen in gewissen Zwischenräumen sich wieder zeigten, meistens erst mehrere Monate später wirklich ein. Es scheinen desshalb vielmehr durch die grosse Anämie bedingte abnorme Sensationen zu Grunde zu liegen.

Die mit motorischer Erregung verbundenen Melancho-

lien zeichnen sich ganz besonders aus durch starke triebartige Willensäusserungen, namentlich durch stark hervortretenden Vernichtungstrieb, dessen Gegenstand vor Allem die Kranke selbst, das neugeborene Kind, der Ehemann etc. werden. Von unseren Kranken machten 12 energische Selbstmordversuche (6 durch Erhängen, 5 durch Ertränken und 1 durch einen Schnitt in den Hals) und 2 versuchten ihr neugeborenes Kind zu tödten. Der Uebergang aus Melancholie in Manie erfolgt bei den Wochenbetts-Psychosen weit seltener wie bei den Schwangerschafts-Psychosen. Während bei letzteren 22,2 Procent der Melancholie in Manie übergingen, so war unter ersteren dies nur bei 9 Procent der Fall. Der Uebergang in Manie coincidirt meistens mit dem ersten Wiedereintritt der Menses. Die in **Wahnsinn** übergehenden Melancholien bieten weder in ihrem Beginne noch in ihrem Verlaufe etwas Besonderes gegenüber der gleichen Kategorie der Schwangerschafts-Psychosen dar. Ueber die Melancholie mit folgendem **circulärem Irresein** lässt sich hier wenig sagen, da nur ein Fall beobachtet wurde; dieser Fall ist allerdings dadurch bemerkenswerth, dass er, der Regel folgend, im Gegensatze zu den Ludwig Meyer'schen Fällen zur Zeit der maniakalischen Erregung eine Gewichtsabnahme und zur Zeit der melancholischen Phase eine Gewichtszunahme zeigte.

Die **Wochenbetts-Manie** beginnt in der Regel, selbst wenn nicht eine wirkliche Mastitis, Metritis oder Perimetritis sich entwickelt, mit leichten Fiebererscheinungen, vermehrter Pulsfrequenz und erhöhter Körpertemperatur. Meistens tritt gleichzeitig eine Verminderung oder völlige Cession der Lochiensecretion ein, seltener auch eine Cession der Milchsecretion. Gleichzeitig hiermit wird die Wöchnerin von einer abnormen Unruhe und Gemüthsreizbarkeit befallen. Sie kümmert sich um Sachen, welche noch gar nicht in den Bereich ihrer Sorge und Thätigkeit fallen

können, wird unwillig, wenn ihre Wünsche und Anordnungen nicht in möglichst kurzer Frist erfüllt werden, zeigt eine grössere Hast und vermehrte Energie in ihren Bewegungen und grössere Hast und Wortfülle beim Sprechen. Mehr oder weniger rasch steigern sich alle diese Symptome bis zu voller tobsüchtiger Aufregung mit Ideenflucht, grosser motorischer Erregung u. s. w. Charakteristisch ist für die Manien des Wochenbettes der häufige und rasche Stimmungswechsel. Nur in den seltensten Fällen ist im Verlaufe dieser Manien eine gehobene Stimmung vorherrschend und durchgehend, viel häufiger prädominirt eine gereizte und vergrellte Stimmung, die bei den geringsten Anlässen und selbst ohne solche in den heftigsten Zornesausbrüchen explodirt. Nicht selten tritt auch ganz unmotivirt, aber sehr rasch vorübergehend, eine deprimirte Stimmung auf, in der die Kranken plötzlich in bittere Thränen ausbrechen, um in der nächsten Minute wieder hell aufzulachen, heiter zu singen oder zornig erregt dreinzuschlagen. Diese kurz dauernde deprimirte Stimmung wird fast immer ausgelöst durch Hallucinationen des Gehörs oder Gesichts, deren Inhalt fast immer beängstigender Art ist.

Hallucinationen kommen übrigens bei allen Formen der Wochenbetts-Psychosen in reichem Masse vor, ohne dass sie jedoch der einzelnen Form einen besonderen Charakter gäben; ich kann es desshalb nicht für gerechtfertigt halten, wenn Fürstner loc. cit. ein besonderes „hallucinatorisches Irresein der Wöchnerinnen“ aufstellt und als Beispiele dafür Fälle von Manie mit folgender Melancholie oder Fälle von Melancholie mit folgendem Stupor mit gleichzeitigem Vorhandensein von Hallucinationen anführt, oder gar einfache Fälle von Tobsucht mit Hallucinationen als Abortiv-Formen eines solchen bezeichnet.

Die übrigen Formen der Wochenbetts-Psychosen bieten in ihrem Verlaufe nichts Besonderes dar; nur möchte ich

darauf hinweisen, dass in zwei Fällen im Verlaufe der Manie allmälig bestimmte Ueberschätzungs- und Verfolgungs-Ideen auftraten und so sich voller Wahnsinn entwickelte, der in einem Falle aber in Genesung überging, während bei den Schwangerschafts-Psychosen ein Uebergang von Manie in Wahnsinn nicht beobachtet wurde.

Die Menstruation stellt sich in der Regel innerhalb der ersten 4—5 Monate nach Beginn der Geistesstörung wieder ein und zwar am häufigsten 3 oder 4 Monate, weniger häufig früher oder im fünften oder sechsten Monate nachher, in seltenen Fällen noch später. Bei den in Genesung Uebergehenden erfolgt der Wiedereintritt der Menstruation am häufigsten 3 oder 4 Monate vor, weniger häufig kürzere oder längere Zeit vor erfolgter Genesung; doch kommt es auch vor, dass trotz erfolgter Genesung die Menstruation sich doch nicht einstellt, unter unseren Fällen z. B. 6mal.

§ 69. Die Zeit, innerhalb welcher die Psychosen des Wochenbettes, welche in Genesung übergehen, im Allgemeinen ablaufen, ist im Durchschnitt etwas geringer als die der Schwangerschaft; sie betrug in unseren Fällen, mit Ausnahme eines Falles von ganz ungewöhnlich protrahirter Dauer, nur 8 Monate. Der erwähnte ungewöhnliche Fall betraf eine hysterische Melancholische mit den verschiedensten perversen Sensationen, die nach 5 1/4 Jahren noch vollkommen genas. Es ist mithin die Durchschnittsdauer der Wochenbetts-Psychosen um einen Monat kürzer wie die der Schwangerschafts-Psychosen. Höchst wahrscheinlich findet dies seine Erklärung darin, dass im Wochenbett die an und für sich kürzer dauernde Manie häufiger auftritt als in der Schwangerschaft. Die Durchschnittsdauer der Manie betrug nur 7,6 Monat, während die der Melancholie 9,6 Monat betrug, obwohl dabei der Fall mit der aussergewöhnlichen Dauer von 5 1/4 Jahren nicht einmal mit in Berechnung gezogen ist. Cf. **Tabelle 8.**

b. Nach einem Abortus.

§ 70. Der Abortus, welchem die Geistesstörung folgt, findet wie gewöhnlich in der Regel in der ersten Hälfte der Schwangerschaft statt und zwar meistens im zweiten oder dritten Schwangerschaftsmonate. Es ist dabei die Blutung immer eine sehr starke und oft viele Tage und selbst Wochen lang andauernde, so dass die dadurch herbeigeführte Erschöpfung und Anämie eine sehr hochgradige ist. Meistens folgt die Geistesstörung der erschöpfenden Nachblutung auf dem Fusse und damit auch dem Abortus selbst nur kurze Zeit nach. In unseren Fällen trat die Geistesstörung z. B. dreimal innerhalb der ersten sieben Tage, zweimal innerhalb 14 Tagen, einmal in der dritten Woche und einmal in der sechsten Woche nach dem Abortus auf; immer aber hatte die Blutung entweder bis 1 oder 2 Tage vor Beginn der Psychose angedauert oder sie währte selbst während der letzteren noch eine Zeit lang fort.

Es ist zur Entstehung der Psychosen durchaus nicht erforderlich, dass andere ätiologische Momente wie Erblichkeit, frühere Anfälle etc. erst noch mitwirken, denn in unseren Fällen fand sich ebenfalls nur bei 43 Procent Erblichkeit und bei allen war die in Frage kommende Psychose der erste Anfall. Auch Anomalien in dem Geschlechtsleben selbst sind zu selten vorhergegangen, als dass ihnen eine besondere Bedeutung beigelegt werden könnte. Es sind nicht blos zum ersten Male Schwangere, sondern öfter noch Frauen, die schon ein oder mehrere Male normal geboren haben; in zweien unserer Fälle waren allerdings dem letzten Abortus schon andere Aborten vorhergegangen und zwar einmal eine Entbindung und ein Abortus und einmal fünf

Entbindungen und 3 Aborten. Es wird desshalb wohl nicht ungerechtfertigt sein, wenn man die durch den Abortus selbst mit seinen Blutverlusten bedingte Anämie allein als das ursächliche Moment betrachtet. Der Abortus wird um so leichter die Geistesstörung veranlassen, wenn die betreffenden Individuen schon durch andere Verhältnisse, als da sind: zu rasch auf einander folgende Geburten, zu lange fortgesetzte Lactation etc. geschwächt sind. In unseren Fällen hatte z. B. die eine innerhalb zwei Jahren ausser dem letzten Abortus schon eine normale Entbindung und einen Abortus, eine andere in fünf Jahren 2 Entbindungen, zwei andere in fünf Jahren 3 Entbindungen erduldet und von den letzten beiden die eine neben ihrem letzten Kinde noch ein fremdes Kind mitgesäugt, bis sie selbst wieder im zweiten Monate schwanger war.

Hinsichtlich der **Form** bieten die Psychosen nach einem Abortus nichts Besonderes dar; sie geben etwa dieselben Procentverhältnisse wie die Psychosen des Wochenbettes, indem unter unseren Fällen 57 Procent an Melancholie und 43 Procent an Manie erkrankt waren. Auch hinsichtlich der **Prognose** stehen sie den Psychosen des Wochenbettes am nächsten, da bei ihnen 43 Procent Genesungen zu verzeichnen sind.

Was den **Verlauf** dieser Psychosen anlangt, so ist derselbe doch in manchen Beziehungen ein eigenthümlicher. Zunächst zeichnen sie sich aus durch einen grossen Reichthum an Hallucinationen, unter denen die Gesichtshallucinationen bei Weitem vorherrschend sind und selbst bis in die Reconvalescenz hinein noch in der lebhaftesten Weise auftreten. Dann treten, offenbar bedingt durch die nach dem Abortus ungewöhnlich rasch eintretende grosse Anämie, nicht selten eigenthümliche Krämpfe, sowohl convulsivische wie tetanische ein und zwar nicht blos im Beginn der Psychose oder dieselbe einleitend sondern selbst noch ein paar

Monate nach Ausbruch derselben. In der Regel sind diese Krämpfe nicht von Bewusstseinsstörungen begleitet. In einem unserer Fälle z. B. trat am 22. Tage nach dem Abortus, sechs Tage nachdem die ersten leichten Spuren des Irreseins beobachtet waren, bei der Kranken eine vollständige Starrheit beider Daumen und Zeigefinger ein. Diese Finger blieben einen ganzen Tag starr ausgestreckt, Patientin konnte dabei gehen und die Arme vollständig unbehindert bewegen, aber Nichts mit den Händen fassen; das Bewusstsein war ungetrübt. Folgenden Tages verschwand die krampfhafte Extension und an ihre Stelle trat eine ebenso krampfhafte Flexion dieser Finger; dabei war der Kopf krampfhaft auf die rechte Schulter herabgezogen und der linke Arm im Ellenbogengelenk krampfhaft flectirt und gleichzeitig bestand eine mässige tonische Contractur in den Beugemuskeln der linken unteren Extremität. Auch hier fehlte jede Bewusstseinsstörung. Dieser Zustand dauerte wieder zwei Tage und verschwand dann, ohne irgend welche Spuren zu hinterlassen; nach dem Aufhören dieses Krampfzustandes verschlimmerte sich das Irresein allerdings in ganz erheblicher Weise. In einem anderen Falle traten 2½ Monate nach dem Abortus und dem Beginne der Psychose wiederholt convulsivische Krämpfe in beiden unteren Extremitäten ein, ebenfalls ohne eigentliche Trübung des Bewusstseins. Die Menstruation tritt ganz wie bei den Psychosen des Wochenbettes in der Regel in den ersten vier Monaten nach dem Abortus oder dem Beginne der Psychose wieder ein.

Die **Dauer** der Psychosen ist in den in Genesung übergehenden Fällen im Durchschnitt eine kürzere wie bei den Psychosen des Wochenbettes, in unseren Fällen im Durchschnitt nur fünf Monate. Es erklärt sich das wohl daraus, dass der Abortus in der Regel in den ersten Schwangerschaftsmonaten eintritt, einer Zeit, in der die schwächenden Momente, welche die Schwangerschaft in sich trägt, nur erst

kurze Zeit eingewirkt haben und dass die Verluste, welche der Abortus mit sich bringt, wenn sie auch rasch und intensiv eintreten, doch in der Regel nicht so lange währen und jedenfalls an Masse nicht so bedeutend sind wie diejenigen, welche die Geburt eines ausgetragenen Kindes und das Wochenbett im Gefolge haben.

C. Die Psychosen der Säugungsperiode.

I. Die Zeit der Entstehung.

§ 71. Die Lactations-Psychosen beginnen meistens in der zweiten Hälfte des zweiten oder im dritten Monat nach der Entbindung, weniger oft im vierten und fünften Monat, noch seltener in noch späterer Zeit. Es ist also namentlich die Zeit, wo unter normalen Verhältnissen der durch Geburt und Wochenbett verursachte Gesammtverlust restituirt zu sein pflegt. Bei unseren Kranken ist eben der Gesammtverlust in dieser Zeit nicht restituirt sondern durch das Säugungsgeschäft in der Regel noch vergrössert. Nur die geringste Zahl der Säugenden vermag einem längeren Gewichtsverluste zu widerstehen, die grössere Zahl unterliegt schon früher, und so erklärt es sich, dass die grösste Zahl in den genannten Monaten, eine kleine Zahl erst später psychisch erkrankt. Cf. **Tabelle 1.**

II. Besondere ätiologische Momente.

§ 72. Als besonderes und hauptsächlichstes ätiologisches Moment ist hier die in den meisten Fällen der letzten Entbindung schon vorhergehende Reducirung der Körperkräfte

durch rasch auf einander folgende Geburten und wiederholtes zu lange fortgesetztes Säugen anzuführen. Es gehört durchaus nicht zu den Seltenheiten, dass die Kranken 1 1/2 und 2 Jahre gesäugt und manchmal sogar neben ihrem eigenen Kinde noch ein zweites mit ernährt haben. Ja vielfach haben sie selbst in den ersten Monaten der neuen Schwangerschaft noch die spärlich secernirte Milch dem Kinde gereicht. So kommt es, dass nur eine geringe Zahl in der der ersten Niederkunft folgenden Säugungsperiode, in unseren Fällen nur 6 = 12,7 Procent, die bei Weitem grösste Zahl dagegen nach wiederholten Entbindungen und Säugungsgeschäften, in unseren Fällen 41 = 87,3 Procent erkrankt. Cf. **Tabelle 2.**

Ausserdem machen sich in dieser Puerperiumsphase die lokalen Erkrankungen der Geschlechtsorgane mehr geltend. Hier werden mehr Lagenveränderungen, Descensus, Prolapsus, Flexionen, Hypertrophien und Atrophien des Uterus, chronische Catarrhe des Uterus und der Vagina u. dergl. beobachtet und es lässt sich nicht verkennen, dass dieselben als periphere Reize auf dem Wege der Reflexe auf die Dauer und vielleicht auch auf die Enstehung der Psychosen ihren Einfluss ausüben. Der Erblichkeit kann bei diesen Psychosen ein besonderer Werth nicht beigelegt werden, denn es liess sich nur bei 36 Procent Erblichkeit nachweisen. Ferner ist hier noch zu erwähnen, dass bei den Psychosen der Säugungsperiode in einer weit grösseren Zahl von Fällen bereits ein oder mehrere Anfälle von Geistesstörung vorausgegangen waren als bei den Psychosen der anderen Puerperiumsphasen, nämlich hier bei 30 Procent gegenüber 25 Procent der Schwangerschafts- und 21 Procent der Wochenbetts-Psychosen.

III. Die Formen.

§ 73. Auch bei den Lactations-Psychosen prävalirt in hohem Grade die Melancholie; denn es waren von unseren 47 in dieser Periode Erkrankten 32 = 68 Procent an Melancholie erkrankt, während nur 14 = 29 Procent an Manie und nur eine an primärem Wahnsinn litten. Auffallend ist die grosse Zahl von Fällen, welche als **Melancholie** begannen, dann aber in **Wahnsinn** übergingen; es sind 8 = 25 Procent gegenüber 18 Procent bei den Schwangerschafts- und 16 Procent bei den Wochenbetts-Psychosen. Gering ist dagegen die Zahl der übrigen combinirten Formen, denn es fand sich nur in zwei Fällen die Combination von Melancholie und nachfolgender Manie, während die Manieen sich überhaupt nicht combinirten, sondern als einfache Manieen verliefen.

Dass die **Erblichkeit** einen Einfluss auf das Entstehen der einen oder anderen Form hier ausübe, lässt sich für diese Psychosen ebenso wenig behaupten wie für die Wochenbetts-Psychosen, denn von unseren 17 erblich Belasteten waren 10 = 58 Procent an Melancholie und 6 = 35,2 Procent an Manie erkrankt. Sehr abweichend ist dagegen das Verhalten hinsichtlich der Combination der Formen gegenüber dem bei den Psychosen der anderen Puerperiums-Phasen, indem hier unter den erblich Belasteten nur in einem einzigen Falle ein Uebergang von Melancholie in Wahnsinn beobachtet wurde.

Ein besonderer Einfluss des **Lebensalters** auf die Entwickelung der Formen ist bei den Lactations-Psychosen nicht in die Augen springend, obwohl auch die meisten Fälle von

Manie vor dem 30. Jahre, von Melancholie zwischen dem 25. und 40. Jahre und von Wahnsinn im Alter von 30 bis 35 Jahren sich entwickelt haben. Cf. **Tabelle 3.**

Was die **Zeit des Ausbruchs** der Geistesstörung anlangt, so zeigen auch die Lactations-Psychosen, dass je näher die Zeit des Ausbruchs der Schwangerschaft liegt, um so mehr die Melancholie prävalirt; denn unter unseren 11 in der zweiten Hälfte des zweiten Monats nach der Entbindung Erkrankten waren 9 = 81,8 Procent an Melancholie und nur 2 = 18,2 Procent an Manie erkrankt. Cf. **Tabelle 1.**

Der Zahl der vorausgegangenen Entbindungen kann bei den Geistesstörungen dieser Periode ein Einfluss auf die Gestaltung der Form nicht zugesprochen werden. Die Recidivfälle sind auch bei den Psychosen der Säugenden in vorwiegender Zahl Manieen, denn unter unseren 14 Fällen von Manie fanden sich 6 = 42,8 Procent Recidive, während sich unter den 22 einfachen Melancholien ebenfalls nur 6 = 27,2 Procent Recidive befanden; noch geringer ist das Procentverhältniss der Recidive bei den Fällen von Melancholie mit folgendem Wahnsinn, denn hier waren es unter 8 Fällen nur 2 = 25 Procent.

IV. Die Prognose.

§ 74. Hinsichtlich der Prognose stehen die Psychosen der Säugungsperiode ungefähr in der Mitte zwischen denen der Schwangerschaft und denen des Wochenbettes, denn von unseren 47 sind:

genesen 20 = 42,5 Procent,
gebessert 5 = 10,6 „
ungeheilt 20 = 42,5 „
gestorben 1 und in Behandlung geblieben 1.

Auffallend gering ist nur die Zahl der Todesfälle.

Den **Formen** nach stimmen diese Psychosen hinsichtlich der Prognose im Ganzen überein mit denen des Wochenbettes; denn es sind von den an **Melancholie** erkrankten 32

genesen 10 = 31,2 Procent,
gebessert 4 = 12,1 „
ungeheilt 16 = 50 „
gestorben 1 und in Behandlung geblieben 1.

Von den an **einfacher Melancholie** leidenden 22 sind

genesen 10 = 45,4 Procent,
gebessert 3 = 13,6 „
ungeheilt 7 = 31,8 „
gestorben 1 und in Behandlung geblieben 1.

Von den an Melancholie mit folgender Manie leidenden 2 ist 1 gebessert und 1 ungeheilt geblieben und von den an Melancholie mit folgendem Wahnsinn leidenden 8 blieben alle ungeheilt.

Von den an **Manie** leidenden 14 sind

genesen 10 = 71,4 Procent,
gebessert 1
ungeheilt 3 = 21,4 „

Die an primärem Wahnsinn leidende Kranke blieb ungeheilt.

Das Vorhandensein von **Erblichkeit** verringert im Gegensatze zu den anderen Puerperal-Psychosen bei diesen Psychosen die Prognose nicht mehr; denn es sind von unseren 17 erblich Belasteten

48 = 7 Procent

genesen, während von unseren 30 nicht erblich Belasteten

nur 12 = 40 Procent

genesen sind.

Dem **Lebensalter** kann hier auch weiter kein Einfluss vindicirt werden, als dass das jüngere Lebensalter auch wieder die höchsten Genesungsprocente bietet; denn es sind von

5	im Alter von	20—25	Jahren Stehenden	genesen	3 = 60	Proc.
14	» » »	25—30	» »	»	7 = 50	»
12	» » »	30—35	» »	»	2 = 16,6	»
11	» » »	35—40	» »	»	6 = 54,5	»
5	» » »	40—45	» »	»	2 = 40	»

Cf. **Tabelle 4.**

Hinsichtlich der **Zeit des Ausbruchs** der Geistesstörung ist zu bemerken, dass die Zahl der Genesungen um so grösser ist, je näher der Beginn der Psychose der Entbindung liegt. So sind z. B. unter 21 im zweiten und dritten Monat nach der Entbindung Erkrankten 14 = 66,6 Procent, von 14 im vierten und fünften Monat Erkrankten nur 6 = 42,8 Procent und von 12 noch später Erkrankten gar keine mehr genesen. Daraus folgt, dass je länger ausser den schwächenden Momenten der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettes auch noch das Säugegeschäft eingewirkt hat, um so ungünstiger auch die Prognose wird. Cf. **Tabelle 8.**

Auch die Lactations-Psychosen zeigen deutlich, dass die Prognose um so günstiger ist, je kürzere Zeit vor der Aufnahme die Geistesstörung bestanden hat; denn von 29 unter 3 Monaten Kranken sind 18 = 62 Procent genesen, während von den 18 mehr als 3 Monat Kranken nur noch 2 = 11 Prozent genesen sind. Cf. **Tabelle 6.**

Ebenso geben auch die **Recidive** eine weit günstigere Prognose als die ersten Anfälle von Geistesstörung; denn von den 33 zum ersten Mal Erkrankten genasen nur

11 = 33,3 Proc., während von den 14 Recidiven 9 = 64,3 Procent genasen. Cf. **Tabelle 7.**

Ein wesentlicher Einfluss der Zahl der vorausgegangenen Entbindungen auf die Prognose lässt sich nicht verkennen, denn augenscheinlich verschlechtert die grössere Zahl der vorausgegangenen Entbindungen die Prognose; von 26 nach den ersten drei Entbindungen Erkrankten genasen 14 = 53,8 Procent, von 21 nach noch mehr Entbindungen Erkrankten genasen nur 6 = 24,5 Procent. Es wird also die Prognose um so mehr verschlechtert, je mehr schwächende Momente zusammenwirken. Cf. **Tabelle 5.**

V. Verlauf und Dauer.

§ 75. In ihrem Verlaufe bieten die Psychosen der Säugungsperiode Abweichendes von den Psychosen im Allgemeinen nicht dar. Hervorzuheben ist nur, dass bei den Melancholien dieser Periode, selbst bei denen, welche als einfache verlaufen und später auch in Genesung übergehen, so häufig ein grosses Misstrauen gegen die Umgebung auftritt, auf dessen Boden bald geformte Wahnideen, Verfolgungsideen, allerdings immer noch mit dem Charakter der Melancholie sich entwickeln. Nicht selten tritt aber, wie wir oben gesehen haben, im Verlaufe der Psychose an Stelle der melancholischen Verstimmung compensatorisch eine exaltirte Stimmung mit Ueberschätzungs-Ideen und es geht die Melancholie in Wahnsinn über. Unter den Hallucinationen sind, da bei diesen Psychosen die hohe Anämie nicht rasch, sondern allmälig eintritt, nicht die Gesichts-, sondern die Gehörs-Hallucinationen vorherrschend.

Die **Dauer** der Krankheit bis zum Eintritt der Genesung ist eine längere als wie die bei den anderen Puerperal-Psychosen, namentlich eine viel längere wie die der

Wochenbetts-Psychosen speciell. Die Durchschnittsdauer betrug 9,5 Monat. Es ist nämlich nicht blos die Dauer der Melancholien eine lange, im Durchschnitte 10 Monate, sondern auch die der Manieen eine aussergewöhnlich protrahirte, nämlich im Durchschnitt 9 Monate. Cf. **Tabelle 9.**

Tabellarische Uebersichten

über die

Puerperal-Psychosen.

I. Die Puerperal-Psychosen im weitesten Sinne.

Tabelle 1.

Alter.	Melancholie	Melancholie mit folgend. Manie.	Melancholie mit folg. Wahnsinn.	Melancholie mit folgend. circulärem Irresein.	Manie.	Manie mit folg. Melancholie.	Manie mit folg. Wahnsinn.	Primärer Wahnsinn.	Delirium acutum.	Summa.
20—25 Jahr	11	2	—	—	13	2	—	—	—	28
25—30 »	15	4	2	—	19	1	—	—	—	41
30—35 »	20	3	11	—	11	—	1	2	1	49
35—40 »	16	1	4	—	5	1	1	—	—	28
40—45 »	10	—	3	—	4	—	—	—	—	17
45—50 »	2	2	—	1	—	—	—	—	—	5
Summa	74	12	20	1	52	4	2	2	1	168

Tabelle 2.

Prognose.										
genesen	35	1	—	—	32	3	1	—	—	72
gebessert	10	3	—	—	3	1	—	—	—	17
ungeheilt	19	4	20	1	13	—	1	2	—	60
gestorben	4	2	—	—	2	—	—	—	1	9
in Behandl. gebl.	6	2	—	—	2	—	—	—	—	10
Summa	74	12	20	1	52	4	2	2	1	168

Tabelle 3.

Prognose der erblich Belasteten.	Melancholie.	Melancholie mit folgender Manie.	Melancholie mit folgendem Wahnsinn.	Melancholie mit folgend. circulärem Irresein.	Manie.	Manie mit folgender Melancholie.	Primärer Wahnsinn.	Summa.
genesen	12	—	—	—	14	2	—	28
gebessert	6	—	—	—	—	1	—	7
ungeheilt	8	3	10	1	6	—	1	29
gestorben	2	—	—	—	—	—	—	2
in Behandlung gebl.	3	1	—	—	1	—	—	5
Summa	31	4	10	1	21	3	1	71

Tabelle 4.

Dauer der Krankheit vor der Aufnahme.	genesen.	gebessert.	ungeheilt.	gestorben.	in Behandlg. geblieben.	Summa.
unter 1 Monat	29	2	7	5	3	46
1—2 Monat	18	2	8	1	1	30
2—3 »	10	1	5	—	1	17
3—4 »	9	2	5	1	—	17
4—5 »	1	5	1	—	1	8
5—6 »	2	—	5	—	1	8
6—7 »	2	—	6	1	2	11
7—8 »	—	2	4	—	1	7
8—9 »	—	2	1	—	—	3
9—10 »	—	—	3	1	—	4
10—11 »	—	—	1	—	—	1
11—12 »	—	—	2	—	—	2
über 1 Jahr	—	1	9	—	—	10
über 2 Jahre	1	—	3	—	—	4
Summa	72	17	60	9	10	168

Tabelle 5.

Zahl der Anfälle in prognostischer Beziehung.

Von den zum **ersten Male** erkrankten **129** sind:	Melancholie.	Melancholie mit folgender Manie.	Melancholie mit folgendem Wahnsinn.	Melancholie mit folg. circulärem Irresein.	Manie.	Manie mit folgender Melancholie.	Manie mit folgendem Wahnsinn.	Primärer Wahnsinn.	Delirium acutum.	Summa.
genesen	25	1	—	—	20	2	1	—	—	49
gebessert	9	1	—	—	3	1	—	—	—	14
ungeheilt	21	2	13	1	10	—	1	2	—	50
gestorben	6	—	—	—	2	—	—	—	1	9
inBehdl. gebl.	4	2	—	—	1	—	—	—	—	7
Summa	65	6	13	1	36	3	2	2	1	129

Von den zum **zweiten Male** erkrankten **29** sind:	Melancholie.	Melancholie mit folgendem Wahnsinn.	Manie.	Summa.
genesen	7	—	9	16
gebessert	4	—	—	4
ungeheilt	4	1	3	8
in Behandl. geblieb.	—	—	1	1
Summa	15	1	13	29
Von den zum **dritten Male** erkrankten **7** sind:				
genesen	3	—	2	5
ungeheilt	1	1	—	2
Summa	4	1	2	7

Die zum **vierten Male** Erkrankte litt an Manie und genas. Die beiden zum **fünften Male** Erkrankten litten ebenfalls an Manie, von ihnen genas eine und eine blieb in Behandlung.

Tabelle 6.

Dauer der puerperalen Geistesstörungen.	genesen.	gebessert.	gestorben.
in $^1/_2$ Monat	—	—	2
» 1 »	—	—	1
» 2 Monaten	—	—	1
» 3 »	5	1	—
» 4 »	1	—	—
» 5 »	5	—	—
» 6 »	11	1	1
» 7 »	12	—	1
» 8 »	9	2	—
» 9 »	5	—	—
» 10 »	4	2	2
» 11 »	7	—	—
» 12 »	2	1	1
» 13 »	2	2	—
» 14 »	3	1	—
» $1^1/_4$ Jahren	—	1	—
» $1^1/_2$ »	4	4	—
» $1^3/_4$ »	1	—	—
» $2^1/_2$ »	—	1	—
» $2^3/_4$ »	—	1	—
» $5^1/_4$ »	1	—	—
Summa	72	17	9

II. Die Puerperal-Psychosen nach ihren einzelnen Phasen geschieden.

A. Die Psychosen der Schwangerschaft.

Tabelle 1.

Lebensalter.	Melancholie.	Melancholie mit folgender Manie.	Melancholie mit folgendem Wahnsinn.	Manie.	Summa.
20—25 Jahre alt	5	1	—	—	6
25—30 » »	5	2	—	—	7
30—35 » »	3	1	3	2	9
35—40 » »	1	1	—	1	3
40—45 » »	1	—	2	2	5
45—50 » »	1	1	—	—	2

Tabelle 2.

Zeit des Ausbruchs der Geistesstörung.					
im 1. Schwangerschafts-Monat	2	—	1	—	3
» 2. » »	3	—	—	1	4
» 3. » »	—	1	—	—	1
» 4. » »	—	—	2	—	2
» 5. » »	—	1	—	—	1
» 6. » »	—	—	—	—	—
» 7. » »	1	3	1	—	5
» 8. » »	4	—	—	1	5
» 9. » »	2	—	1	2	5
» 10. » »	4	1	—	1	6

Tabelle 3.

Ausgang bei den erblich Belasteten.	Melancholie.	Melancholie mit folgender Manie.	Melancholie mit folgendem Wahnsinn.	Manie.	Summa.
genesen	5	—	—	—	5
gebessert	—	—	—	—	—
ungeheilt	—	2	5	1	8
in Behandlung geblieben . .	2	—	—	—	2

Tabelle 4.

Zeit der Erkrankung und Ausgang.	genesen.	gebessert.	ungeheilt.	gestorben.	in Behandlung geblieben.
von den im 1. Monat Erkrankten	—	1	2	—	—
» » 2. » »	3	—	1	—	—
» » 3. » »	—	—	—	1	—
» » 4. » »	—	—	2	—	—
» » 5. » »	—	1	—	—	—
» » 7. » »	—	1	4	—	—
» » 8. » »	3	1	1	—	—
» » 9. » »	2	—	2	1	—
» » 10. » »	2	—	1	2	1

Tabelle 5.

Dauer der Krankheit vor der Aufnahme und Ausgang.					
unter einem Monat krank .	5	—	—	1	—
» 1—2 » » . .	1	—	2	—	—
» 2—3 » » . .	3	—	2	—	—
» 3—4 » » . .	1	—	1	1	—
» 4—5 » » . .	—	1	—	—	—
» 5—6 » » . .	—	—	2	—	1
» 6—7 » » . .	1	—	2	1	1
» 7—8 » » . .	—	—	1	—	1
» 8—9 » » . .	—	—	1	—	—
» 9—10 » » . .	—	—	—	1	—
über 1 Jahr	—	—	2	—	—

Tabelle 6.

Dauer der ganzen Krankheit und Ausgang.	genesen.	gebessert.	gestorben.
nach 2 Monaten . .	—	—	1
» 3 » . . .	1	—	—
» 6 » . . .	1	—	—
» 7 » . . .	3	—	—
» 8 » . . .	1	—	—
» 10 » . . .	1	—	2
» 11 » . . .	2	—	—
» 12 » . . .	—	—	1
» 14 » . . .	2	—	—
» 1¼ Jahren . .	—	1	—
» 2¾ » . . .	—	1	—

Tabelle 7.

Dauer der Krankheit bei den Genesenen nach Formen.	Melancholie.	Manie.
nach 3 Monaten	1	—
» 6 »	1	—
» 7 »	3	—
» 8 »	1	—
» 10 »	—	1
» 11 »	2	—
» 14 »	2	—

B. Die Psychosen des Wochenbettes.

Tabelle 1.

Lebensalter der Erkrankten nach den Formen.	Melancholie.	Melancholie mit folgender Manie.	Melancholie mit folgend. Wahnsinn.	Melancholie mit folg. circulärem Irresein.	Manie.	Manie mit folgender Melancholie.	Manie mit folgendem Wahnsinn.	Primärer Wahnsinn.	Delirium acutum.
20—25 Jahre	4	—	—	—	11	2	—	—	—
25—30 »	4	2	—	—	11	1	—	—	—
30—35 »	9	2	5	—	6	—	1	1	1
35—40 »	9	—	2	—	1	1	1	—	—
40—45 »	5	—	—	—	1	—	—	—	—
45—50 »	1	—	—	1	—	—	—	—	—

Tabelle 2.

Zeit der Erkrankung nach der Entbindung und Formen.									
am 1. Tage	4	—	1	—	1	—	—	—	—
» 2. »	1	—	—	—	—	—	—	—	—
» 3. »	2	1	1	—	2	—	—	—	—
am 4.—7. »	7	—	1	1	10	1	1	—	1
in der 2. Woche	9	1	1	—	9	2	—	—	—
» 3. »	2	—	1	—	3	—	—	1	—
» 4. »	2	—	1	—	3	—	—	—	—
» 5. »	3	1	—	—	—	1	1	—	—
» 6. »	2	1	1	—	2	—	—	—	—
Summa	32	4	7	1	30	4	2	1	1

Tabelle 3.

Zahl der Entbindungen und Formen.	Melancholie.	Melancholie mit folgender Manie.	Melancholie mit folgendem Wahnsinn.	Melancholie mit folg. circulärem Irresein.	Manie.	Manie mit folgender Melancholie.	Manie mit folgendem Wahnsinn.	Primärer Wahnsinn.	Delirium acutum.	Summa.
nach der 1. Entbind.	6	—	—	—	13	2	2	—	1	24
» 2. »	6	—	1	—	4	—	—	—	—	11
» 3. »	7	2	—	—	2	—	—	—	—	11
» 4. »	2	1	1	—	4	1	—	1	—	10
» 5. »	3	1	—	—	2	—	—	—	—	6
» 6. »	—	—	2	—	3	—	—	—	—	5
» 7. »	3	—	1	—	1	—	—	—	—	5
» 8. »	3	—	—	—	1	—	—	—	—	4
» 9. »	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2
» 10. »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» 11. »	1	—	—	1	—	—	—	—	—	2
» 12. »	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
» 13. »	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1

Tabelle 4.

Ausgang und **Form** bei den erblich Belasteten.	Melancholie.	Melancholie mit folgender Manie.	Melancholie mit folgendem Wahnsinn.	Melancholie mit folg. circulärem Irresein.	Manie.	Manie mit folgender Melancholie.	Primärer Wahnsinn.	Summa.
genesen	3	—	—	—	9	2	—	14
gebessert	3	—	—	—	—	1	—	4
ungeheilt	4	1	4	1	2	—	1	13
gestorben	1	—	—	—	—	—	—	1
in Behandlung gebl.	1	1	—	—	1	—	—	3

Tabelle 5.

Dauer der Krankheit vor der Aufnahme und Ausgang.	genesen.	gebessert.	ungeheilt.	gestorben.	in Behandlung geblieben.
unter 1 Monat	15	1	4	4	2
1—2 Monate	9	—	3	—	1
2—3 »	3	1	2	—	1
3—4 »	8	1	2	—	—
4—5 »	—	3	—	—	1
5—6 »	1	—	1	—	—
6—7 »	1	—	4	—	1
7—8 »	—	1	1	—	—
8—9 »	—	2	—	—	—
9—10 »	—	—	2	—	—
11—12 »	—	—	1	—	—
über 1 Jahr	—	—	3	—	—
» 2 »	1	—	2	—	—

Tabelle 6.

Ausgang nach Zahl der Anfälle und nach Formen.	Melancholie.	Melancholie mit folgender Manie.	Melancholie mit folgendem Wahnsinn.	Melancholie mit folg. circulärem Irresein.	Manie.	Manie mit folgender Melancholie.	Manie mit folgendem Wahnsinn.	Delirium acutum.	Primärer Wahnsinn.
I. Anfall.									
genesen . . .	10	2	—	—	13	2	1	—	—
gebessert . . .	4	—	—	—	2	1	—	—	—
ungeheilt . . .	6	1	7	1	5	—	1	—	1
gestorben . .	2	—	—	—	1	—	—	1	—
in Behandlg. gebl.	2	1	—	—	1	—	—	—	—
II. Anfall.									
genesen . . .	2	—	—	—	6	—	—	—	—
gebessert . . .	2	—	—	—	—	—	—	—	—
ungeheilt . . .	2	—	—	—	—	—	—	—	—
III. Anfall.									
genesen . . .	1	—	—	—	1	—	—	—	—
ungeheilt . . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—

IV. Anfall von Manie genesen 1.

V. Anfall an Manie in Behandlung geblieben 1.

Tabelle 7.

Zahl der Entbindungen und Ausgang.

Von 24	nach d. 1.	Entbindg.	Erkrankten	sind	genesen	13 = 54,1	Proc.
» 11	» 2.	»	»	»	»	6 = 54,5	»
» 11	» 3.	»	»	»	»	5 = 45,5	»
» 10	» 4.	»	»	»	»	4 = 40	»
» 6	» 5.	»	»	»	»	3 = 50	»
» 5	» 6.	»	»	»	»	1 = 20	»
» 5	» 7.	»	»	»	»	2 = 40	»
» 4	» 8.	»	»	»	»	1 = 25	»
» 2	» 9.	»	»	»	»	1 = 50	»
» 2	» 11.	»	»	»	»	1.	
» 1	» 12.	»	»	»	»	1.	
» 1	» 13.	»	»	»	»	0.	

Tabelle 8.

Dauer der ganzen Krankheit und Ausgang.	genesen.	gebessert.	gestorben.
nach 1 Monat und weniger	—	—	3
nach 3 Monaten . . .	2	—	—
» 4 » . . .	1	—	—
» 5 » . . .	3	—	—
» 6 » . . .	6	—	—
» 7 » . . .	5	—	1
» 8 » . . .	2	3	—
» 9 » . . .	7	—	—
» 10 » . . .	2	—	—
» 11 » . . .	3	—	—
» 12 » . . .	2	1	—
» 13 » . . .	2	2	—
» 14 » . . .	1	1	—
» 16 » . . .	—	1	—
» 17 » . . .	1	—	—
» 19 » . . .	—	1	—
» 2½ Jahren . .	—	1	—
» 5¼ » . . .	1	—	—

C. Die Psychosen der Säugungsperiode.

Tabelle 1.

Zeit, wie lange nach der Entbindung die Psychose auftrat.	Melancholie.	Melancholie mit folgender Manie.	Melancholie mit folgendem Wahnsinn.	Manie.	Primärer Wahnsinn.	Summa.
in der 2. Hälfte des 2. Monats	7	1	1	2	—	11
im 3. Monat	4	—	1	4	1	10
» 4. »	1	1	1	4	—	7
» 5. »	2	—	2	3	—	7
» 6. »	2	—	1	1	—	4
» 8. »	—	—	1	—	—	1
» 9. »	2	—	1	—	—	3
» 10. »	1	—	—	—	—	1
nach Ablauf eines Jahres	3	—	—	—	—	3

Tabelle 2.

Zahl der vorausgegangenen Entbindungen.						
1	4	—	—	2	—	—
2	3	—	3	2	—	—
3	7	1	1	3	—	—
4	2	—	1	3	—	—
5	2	—	1	2	—	—
6	1	—	1	1	1	—
7	1	—	—	—	—	—
8	1	1	—	—	—	—
9	1	—	1	—	—	—
10	—	—	—	1	—	—

Tabelle 3.

Lebensalter und Formen.	Melancholie.	Melancholie mit folgender Manie.	Melancholie mit folgendem Wahnsinn.	Manie.	Primärer Wahnsinn.	Summa.
20—25 Jahre	2	1	—	2	—	5
25—30 »	6	—	2	6	—	14
30—35 »	6	—	3	2	1	12
35—40 »	6	—	2	3	—	11
40—45 »	2	1	1	1	—	5

Tabelle 4.

Alter und Prognose.	genesen.	gebessert.	ungeheilt.	gestorben.	in Behandlung geblieben.
20—25 Jahre	3	1	—	—	1
25—30 »	7	1	5	1	—
30—35 »	2	2	8	—	—
35—40 »	6	—	5	—	—
40—45 »	2	1	2	—	—

Tabelle 5.

Zahl der Entbindungen und Prognose.					
1	4	—	2	—	—
2	4	—	3	—	1
3	6	2	3	1	—
4	1	1	4	—	—
5	1	1	3	—	—
6	1	—	3	—	—
7	—	1	—	—	—
8	1	—	1	—	—
9	1	—	1	—	—
10	1	—	—	—	—

Tabelle 6.

Dauer der Krankheit vor der Aufnahme und Ausgang.	genesen.	gebessert.	ungeheilt.	gestorben.	in Behandlung geblieben.
unter 1 Monat	6	1	2	—	1
1—2 Monate	8	2	3	1	—
2—3 »	4	—	1	—	—
3—4 »	—	—	2	—	—
4—5 »	1	1	1	—	—
5—6 »	1	—	1	—	—
7—8 »	—	1	2	—	—
9—10 »	—	—	1	—	—
10—11 »	—	—	1	—	—
über 1 Jahr	—	—	5	—	—
» 2 Jahre	—	—	1	—	—

Tabelle 7.

Ausgang nach Zahl und Form der Anfälle.	Melancholie.	Melancholie mit folgender Manie.	Melancholie mit folgendem Wahnsinn.	Manie.	Primärer Wahnsinn.
I. Anfall.					
genesen . . .	6	—	—	5	—
gebessert . . .	2	1	—	1	—
ungeheilt . . .	6	1	6	2	1
gestorben . . .	1	—	—	—	—
in Behandlung gebl.	1	—	—	—	—
II. Anfall.					
genesen . . .	3	—	—	3	—
gebessert . . .	2	—	—	—	—
ungeheilt . . .	—	—	1	1	—
III. Anfall.					
genesen . . .	1	—	—	1	—
ungeheilt . . .	—	—	1	—	—
V. Anfall.					
genesen . . .	—	—	—	1	—

Tabelle 8.

Zeit der Erkrankung nach der Entbindung und Prognose.	genesen.	gebessert.	ungeheilt.	gestorben.	in Behandlung geblieben.
im 2. Monat .	7	1	3	—	—
» 3. » . .	7	—	3	—	1
» 4. » . .	3	2	1	—	—
» 5. » . .	3	--	3	1	—
» 6. » . .	—	1	3	—	—
» 8. » . .	—	—	1	—	—
» 9. » . .	—	—	3	—	—
» 10. » . .	—	—	1	—	---
nach 1 Jahre .	—	1	2	—	—

Tabelle 9.

Dauer der ganzen Krankheit bei den Genesenen.	Melancholie.	Manie.
3 Monate	—	1
5 »	1	—
6 »	2	2
7 »	1	2
8 »	2	2
10 »	1	—
11 »	1	1
15 »	—	1
18 »	1	1
21 »	1	--



